



Hvordan kan prosessorientering bidra til å løse samhandlingsutfordringer?

En kvalitativ studie av norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester

Frederik Gillberg Christensen & Øystein Havikbotn Hiller

Veileder

Tom Roar Eikebrokk

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2015

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for informasjonssystemer

Forord

Denne masterutredningen er gjennomført som en del av master i informasjonssystemer ved Universitetet i Agder våren 2015. Masterutredningen har blitt gjennomført av masterstudentene Frederik Gillberg Christensen og Øystein Havikbotn Hiller.

Masterutredningen skal gi oss mulighet for faglig fordypning ved gjennomføring av et prosjekt. Gjennom dette semesteret har vi lært å anvende teoretisk kunnskap og vitenskapelige metoder på en anvendt problemstilling (Universitetet i Agder, 2015).

Arbeidet med denne masterutredningen har vært en krevende prosess, men også veldig interessant. Vi mener masterutredningen har gitt oss et bredt innsyn innenfor prosessorientering og samhandling mellom norske sykehus og kommuner.

Vi vil gjerne takke alle våre informanter fra de ulike sykehus og kommuner for at de ønsket å delta, og for verdifulle bidrag til denne studien. Vi vil gjerne også takke Eli Hustad for god hjelp og nyttige tilbakemeldinger. Til slutt vil vi takke vår veileder Tom Roar Eikebrokk for gode innspill og veiledning gjennom hele semesteret.

Kristiansand, 2 juni 2015.

Sammendrag

Denne masterutredningen har hatt til hensikt å undersøke hvordan prosessorientering kan bidra til å løse samhandlingsutfordringer i norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester. Vi har utformet følgende forskningsspørsmål for vår studie: *Hvordan kan prosessorientering bidra til å løse samhandlingsutfordringer i norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester?»*

Bakgrunnen for vår studie er samhandlingsreformen, en helsereform som ble innført i 2012, og som har til hensikt å skape et mer helhetlig helsetilbud til pasienten ved at staten har lovpålagt samhandlingen mellom sykehus og kommunale helsetjenester (Regjeringen, 2012).

Vi har også tatt utgangspunkt i en rapport fra Helsedirektoratet fra 2014 som undersøker hvordan partene har gjennomført tiltakene i samhandlingsreformen. Rapporten viser at det er betydelige samhandlingsutfordringer (Helsedirektoratet, 2014).

For å undersøke hvordan prosessorientering kan løse samhandlingsutfordringer i helsetjenester har vi tatt utgangspunkt i litteraturen om prosessorientering. Vi har gjennomført et omfattende litteraturstudie hvor vi har undersøkt hvilke effekter sykehus og andre organisasjoner kan oppnå ved prosessorientering, og hvordan disse effektene kan oppnås. Totalt fant vi 20 artikler som rapporterte om 32 ulike effekter, hvor syv artikler omhandler prosessorientering i sykehus, mens 13 omhandler prosessorientering i andre organisasjonstyper.

Funn fra litteraturstudiet viser at sykehus kan oppnå flere positive effekter av å være prosessorienterte. Blant annet kan prosessorientering føre til økt pasientfokus, forbedret effektivitet av behandling av pasienter og økt integrering på tvers av avdelinger. Funn fra litteraturstudiet viser også at andre organisasjonstyper kan oppnå flere positive effekter med prosessorientering. Disse effektene inkluderer blant annet økt innovasjon, økt effektivitet, forbedret finansiell ytelse og forbedret kvalitet.

For å forsøke å svare på vårt forskningsspørsmål har vi gjennomført en kvalitativ flercasestudie gjennom bruk av intervjuer og dokumentanalyse av samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommunene. Vi har gjennomført totalt 13 intervjuer med informanter fra henholdsvis fire sykehus og åtte tilhørende kommuner. Intervjuene har blitt gjennomført både via møter og telefon. Hensikten med intervjuene har vært å avdekke hvordan de ulike partene samhandler, hvilke utfordringer de opplever med samhandlingen og hva de ulike informantene mener er forutsetninger for å få til samhandling.

Funn fra vår studie viser at det er flere samhandlingsutfordringer mellom sykehus og kommuner. Totalt har vi avdekket åtte ulike utfordringer. Disse utfordringene er: *Dårlig kommunikasjon, mangel på styring fra staten, mangel på forståelse av hverandres tjenester, mangel på ressurser, ujevnt styrkeforhold mellom partene og forskjellige IT-systemer*. Fire av utfordringene vi har avdekket blir også nevnt i statusrapporten til Helsedirektoratet (2014), mens de resterende fire er nye utfordringer som vi har avdekket i vår utredning. De

nye utfordringene er: *Mangel på styring fra staten, mangel på forståelse av hverandres tjenester, ujevnt styrkeforhold mellom partene og forskjellige IT-systemer.*

Gjennom intervjuene avdekket vi også hva de ulike informantene mente var forutsetninger for samhandling. Disse forutsetningene er: *Bedre styring fra staten, felles forståelse/kultur, god kommunikasjon, likeverdige parter, pasientfokus, samarbeidsavtaler, samhandlingsarenaer, teknologi og tilstrekkelige ressurser.*

Gjennom analyse og diskusjon har vi kommet med forslag til hvordan prosessorientering kan bidra til å løse de ulike samhandlingsutfordringene til sykehus og kommuner. Vi har også kommet med forslag til hvordan prosessorientering kan imøtekomme de ulike forutsetningene som blir nevnt av de ulike informantene.

Forskningen vår viser at prosessorientering kan bidra til å løse samhandlingsutfordringer i norske sykehus og tilhørende norske kommuner.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.3 Forskningsspørsmål.....	3
2. Litteraturgjennomgang.....	4
2.1 Status for samhandlingsreformen	4
2.1.1 Oppsummering av utfordringer fra rapporten.....	9
2.2 Prosessorientering	10
2.3 Prosessorientering i sykehus	12
2.4 Litteraturstudie	14
2.4.1 Effekter av prosessorientering i sykehus	15
2.4.2 Hvordan effekter av prosessorientering i sykehus kan oppstå.....	16
2.4.3 Effekter av prosessorientering i andre organisasjonstyper	19
2.4.4 Hvordan effekter i andre organisasjonstyper kan oppstå.....	21
2.4.5 Sammenheng mellom effekter fra sykehus effekter fra andre organisasjonstyper	26
3. Forskningsmetode	27
3.1 Forskningsperspektiv	27
3.2 Forskningsstrategi	28
3.2.1 Flercasestudie.....	28
3.2.2 Utforming av case	29
3.3 Forskningsdesign	29
3.4 Metodisk tilnærming.....	30
3.4.1 Datainnsamling	30
3.3.2 Analyse av data	33
3.3.4 Validitet.....	35
3.3.5 Etske utfordringer	36
3.3.6 Avgrensninger.....	36
4. Casebeskrivelser og resultater.....	37
4.1 Case 1: Helseregion Vest	38
4.1.1 Haugesund sjukehus Helse Fonna	38
4.1.2 Karmøy Kommune.....	40
4.1.3 Haugesund Kommune.....	43
4.2 Case 2: Helseregion Sør 1	45
4.2.1 SSHF Kristiansand.....	45

4.2.2 Kristiansand Kommune	47
4.2.3 Søgne Kommune.....	48
4.3 Case 3: Helseregion Sør 2.....	50
5.3.1 SSHF Arendal	50
4.3.2 Grimstad Kommune.....	52
4.3.3 Lillesand Kommune.....	54
4.4 Case 4: Helseregion Øst.....	55
4.4.1 Sykehuset Østfold	56
4.4.2 Spydeberg Kommune.....	57
4.4.3 Fredrikstad Kommune	59
5. Analyse og diskusjon	62
5.1 Utfordringer med samhandling	62
5.1.1 Utfordring 1: Dårlig kommunikasjon	63
5.1.2 Utfordring 2: Forskjellige IT-systemer	64
5.1.3 Utfordring 3: Mangel på forståelse av tjenester.....	65
5.1.4 Utfordring 4: Mangel på styring fra staten	66
5.1.5 Utfordring 5: Mangel på ressurser	67
5.1.6 Utfordring 6: Mangel på tillit.....	68
5.1.7 Utfordring 7: Samarbeidsavtalene	69
5.1.8 Utfordring 8: Ujevnt styrkeforhold mellom partene	69
5.1.9 Praktiske implikasjoner.....	71
5.2 Forutsetninger for samhandling	71
6. Konklusjon.....	75
6.1 Begrensninger i studien.....	77
6.2 Bidrag til praksis	77
6.3 Bidrag til forskningslitteraturen	77
6.4 Anbefalinger for videre forskning	78
Bibliografi	79
Vedlegg	83
Intervjuguide	85

Tabeller

Tabell 1: Oppsummerte utfordringer	9
Tabell 2: Effekter av prosessorientering i sykehus	15
Tabell 3: Effekter av prosessorientering i andre organisasjonstyper	19
Tabell 4: Kategoriserte effekter av prosessorientering	21
Tabell 5: Oversikt over intervjuer.....	33
Tabell 6: Utfordringer fra resultatene	63
Tabell 7: Praktiske implikasjoner	71
Tabell 8: Forutsetninger i sykehus og kommuner.....	71
Tabell 9: Region Vest	83
Tabell 10: Region Sør 1	84
Tabell 11: Region Sør 2	84
Tabell 12: Region Øst	85

Figurer

Figur 1: Konseptmatrise for effekter av prosessorientering i sykehus	16
Figur 2: Konseptmatrise for effekter i andre organisasjonstyper.....	20
Figur 3: Forskningsdesign.....	30
Figur 4: Modell for analysering av data.....	33
Figur 5: Helseregionene i casestudiene.....	37

1. Innledning

Norge regnes som et av verdens beste og rikeste land å leve i, og norske helsetjenester regnes for å være blant de mest velorganiserte og effektive i ulike internasjonale rangeringer (Regjeringen, 2011). Helse- og omsorgsdepartementet har høye ambisjoner for norske helsetjenester. De ønsker at norske helsetjenester skal være blant de beste i verden, både medisinsk, omsorgsmessig og teknologisk (Regjeringen, 2011).

Selv om norske helsetjenester regnes som blant de beste i verden, opplever også Helse- og omsorgsdepartementet betydelige utfordringer med å videreutvikle og forbedre helsetjenestene. I Norge blir befolkningen stadig eldre, flere blir kronisk syke, flere sykdommer kan behandles ved hjelp av moderne teknologi og køene til spesialhelsetjenesten blir større og lengre. For å imøtekomme flere av dagens utfordringer er det behov for økt samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenester (Regjeringen, 2011).

Den 19. juni 2009 presenterte daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen for Regjeringen (Regjeringen, 2009). Reformen trådte i kraft 1. januar 2012, og utgangspunktet var at reformen skulle gradvis innføres over en periode på fire år. Hovedmålet med reformen er å skape et bedre og mer helhetlig helsetilbud til pasientene (Regjeringen, 2012).

Samhandlingsreformen presenterer tre hovedutfordringer som den søker å løse (Stortinget, 2015):

1. *Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester*
2. *Tjenestene preges av for liten innsats for å beregne og forebygge sykdom*
3. *Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne*

Strategiene som presenteres i samhandlingsreformen går blant annet ut på å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Hensikten med reformen er at pasientene skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor, til rett tid og på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte pasient. Reformen legger vekt på at det er spesielt viktig med samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus. Regjeringen mener

at gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til god samhandling(Stortinget, 2015).

Hovedansvaret for å gjennomføre samhandlingsreformen er lagt til kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner. Reformen innebærer at kommunene vil få vesentlig større innflytelse over de samlede helsetjenestene enn tidligere, og de skal få virkemidler til å utvikle de kommunale helsetjenestene (Lande Hasle & Øgar, 2011). Staten har en overordnet rolle for å bidra til at avtalene og oppgavene følger vanlige strukturer og styringslinjer (Regjeringen, 2012).

I 2014 publiserte Helsedirektoratet en rapport om status på samhandlingsreformen. Rapporten viser at det finnes betydelige utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføringen av samhandlingen. Hovedutfordringene som nevnes i rapporten er utfordringer knyttet til kommunikasjon, tydeliggjøring av målsetninger, bedre samarbeid og mer kunnskap om veiledere og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014).

I rapporten nevnes det blant annet at samtlige sykehus og kommuner har inngått samarbeidsavtaler, men at avtalene ikke har vært like godt kjent for alle ansatte. Dette har medført at arbeidet med samhandlingen ikke har gått som forventet, og oppfølgingen av samarbeidsavtalene varierer. Det nevnes også at utviklingen av IT-systemer har fått for lite helhetstenkning, slik at fagsystemene ikke støtter pasientforløp og samhandling på tvers av partene. Arbeidsøktene mellom sykehus og kommunehelsetjenesten henger ikke godt nok sammen og IT-systemene støtter ikke pasientforløpene godt nok (Helsedirektoratet, 2014).

For å løse de ulike samhandlingsutfordringene som nevnes i rapporten til Helsedirektoratet (2014), mener vi at sykehus og kommunale helsetjenester må begynne å fokusere på *prosesser* i samhandlingen. Vi mener at partene må se på hverandre som del av et samleband som skal utføre én oppgave, nemlig behandling av pasienter. For å nå målene i samhandlingsreformen mener vi det er viktig at sykehus og kommuner jobber tettere sammen for å skape et mer helhetlig helsetilbud til pasientene.

1.3 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av det vi har presenter i avsnittet over, har vi utformet følgende forskningsspørsmål:

Hvordan kan prosessorientering bidra til å løse samhandlingsutfordringer mellom norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester?

2. Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet vil vi redegjøre for litteraturen som vil anvende i vår studie. Vi vil starte med å presentere Helsedirektoratet sin statusrapport for samhandlingsreformen (2014). Deretter vil vi gi en beskrivelse av prosessorientering, før vi videre vil beskrive prosessorientering i sykehus. Til slutt vil vi presentere en litteraturstudie som vi har gjennomført, hvor vi har undersøkt effekter av prosessorientering, og hvordan effektene kan oppnås, i sykehus og andre organisasjonstyper.

Vi har ikke funnet tidligere forskning som fokuserer på prosessorientering og samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenester. Hensikten med vår masterutredning er å undersøke hvordan prosessorientering kan forbedre samhandlingsutfordringer i norske sykehus tilhørende kommunale helsetjenester.

2.1 Status for samhandlingsreformen

Vi har valgt å inkludere denne statusrapporten for å få oversikt over de ulike samhandlingsutfordringene som Helsedirektoratet har avdekket.

I 2014 gjennomførte Helsedirektoratet en rapport for å undersøke hvordan sykehus og kommuner har klart å gjennomføre Samhandlingsreformen. Rapporten har som ambisjon å analysere utviklingen av samhandlingen på sentrale områder, og deretter gi en vurdering av måloppnåelse. Helsedirektoratet har valgt å belyse situasjonen på 13 områder som de mener har sentral betydning for reformen som helhet, eller fordi det er knyttet spesielle utfordringer til disse (Helsedirektoratet, 2014). De ulike situasjonene vil bli beskrevet i de følgende avsnittene.

Samarbeidsavtaler

Alle sykehus og kommuner har inngått samarbeidsavtaler, men avtalene har ikke vært like godt kjent for alle ansatte. Dette har ført til at avtalene ikke har blitt implementert i det daglige arbeidet som forutsatt, og oppfølging av avtalene varierer (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet anbefaler å styrke innsatsen med å gjøre avtalene kjent i virksomhetene. De anbefaler også at lokale samarbeidsutvalg bør gå gjennom og beskrive hvordan brukerrepresentasjonen er ivaretatt i samarbeidet. Helsedirektoratet nevner at dette vil bidra til at avtalene blir bedre kjent i virksomhetene (Helsedirektoratet, 2014).

Finansieringsordninger

Kommunal medfinansiering av spesialhelsetjenesten (KMF) ble avvirket i begynnelsen av 2015. I rapporten nevnes det at finansieringsordningene har gitt større oppmerksomhet til å forebygge innleggelser av pasienter. Enkelte kommuner har fått store utgifter på enkeltpasienter fordi pasienter har hatt flere sykehusopphold i løpet av et år (Helsedirektoratet, 2014). Helsedirektoratet anbefaler at kommuner og sykehus i fellesskap prøver å finne løsninger for å fortsette arbeidet med å forebygge sykehusinnleggelser (Helsedirektoratet, 2014).

Kvalitet og pasientsikkerhet

Lovverket og meldeordninger ved alvorlige hendelser er forskjellige for sykehus og kommunale helsetjenester. Dette kan føre til utfordringer med å få informasjon som er nødvendig for å få oversikt over svakheter og arbeide systematisk med forbedring av tjenestene (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet anbefaler at de lokale samarbeidsutvalgene undersøker kvaliteten på pasientforløpene mellom kommuner og sykehus for å øke kvaliteten på behandlingen og pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2014).

Ledelse

Ledere i sykehus og kommunale helsetjenester har en avgjørende rolle for å nå målene i samhandlingsreformen, men ledelsesutfordringene er store. Samhandlingsreformen har få og overordnede felles mål for hva som skal oppnås, og hver enhet er relativt liten i forhold til det samlede målet om en mer bærekraftig helsetjeneste. De enkelte sykehus og kommuner har ulike rammeforutsetninger både økonomisk, politisk og administrativt (Helsedirektoratet, 2014).

Hovedvirkemidlene for samhandlingen har vært samarbeidsavtalene med minst 12 lovpålagte avtaleområder og mekanismer som hadde til hensikt å stimulere økt egenansvar. Mesteparten av de økonomiske styringsmidlene, kommunal medfinansiering (KMF), opphørte i begynnelsen av 2015. Helsedirektoratet mener at hovedvirkemidlene i reformen ikke griper direkte inn i de medisinske faglige avgjørelsen. Dette gjør det krevende å lede mot et felles mål. Helsedirektoratet anbefaler at lederne i sykehus og kommuner møtes, og at det opprettes regionale læringsnettverk for ledere. Det bør også være fokus på bedre utdanning og etterutdanning knyttet til forbedringsarbeid og samhandling (Helsedirektoratet, 2014).

Personell og kompetanse

Utdanningen av helsepersonell må i større grad samsvare med behovet til helsetjenestene dersom målene i Samhandlingsreformen skal nås. Kommunale helsetjenester må i større grad blir benyttet som arena for praksisstudier, og det bør være de samme vilkårene for kommuner som for sykehus. Dette tiltaket kan på sikt gi bedre rekruttering til kommunale helsetjenester (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet hevder at det i fremtiden vil bli mangel på noen grupper helsepersonell. For å imøtekomme disse utfordringene kan mer fleksibel oppgavedeling mellom helsepersonell være ett av tiltakene. For å følge med på personellutviklingen trengs det oppdaterte personelldata som grunnlag for å følge utviklingen over tid og for å kunne hente ut informasjon til enhver tid for alle helsepersonellgrupper (Helsedirektoratet, 2014).

Elektroniske løsninger for samhandling

Utviklingen av IT-systemer har vært lite preget av helhetstenkning. Fagsystemene til sykehus og kommuner støtter ikke helhetlige pasientforløp godt nok, og samhandlingen på tvers av enhetene er fragmentert. Bestilling av IT-systemer blir gjort av den enkelte virksomhet. Helsedirektoratet mener at dette er ressurskrevende i tillegg til at det ikke gir sektoren tilstrekkelig bestillermakt (Helsedirektoratet, 2014).

Der en utfordring at det brukes store ressurser på forvaltning av meldingsutveksling i både sykehus og kommuner, uten at det gir ønsket kvalitet på meldingsutvekslingen. Det benyttes doble rutiner for flere meldingstyper, altså at det sendes meldinger både elektronisk og på papir. Årsakene til dette skyldes blant annet dårlig brukergrensesnitt, mistillit til meldingsflyt og mangel på standardiserte løsninger mellom enkelte aktører (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet mener at det bør etableres en felles meldingsforvaltning slik at partene følger etablerte standarder for meldingsutveksling. Den sentrale meldingsforvaltningen bør ha verktøy og innsyn til å følge opp meldingsutvekslingen. Helsedirektoratet mener at det er nødvendig med en felles IT-infrastruktur for IT-tjenester som deles av flere virksomheter (Helsedirektoratet, 2014).

Forebygging

Mange kommuner har utfordringer med å etterleve kravene til satsingsområder som helsestasjon og skolehelsetjenester. Dette øker risikoen for at sykdommer, utviklingsforstyrrelser og dårlige oppvekstvilkår ikke blir oppdaget. Over 200 kommuner har etablert frisklivsentraler og tilbudet til kroniske sykdommer er styrket gjennom egen tilskuddsordning. Til tross for dette er mangel på økonomiske midler en barriere for helsefremmede og forebyggende arbeid i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet mener at spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver for forebyggende innsats ikke er tydelig nok, og at det er en mangel på oversikt over aktivitet. Fastlegene er heller ikke tilstrekkelig integrert i tverrfaglige kommunale team. Helsedirektoratet mener at implementering av nasjonale faglige råd og retningslinjer i klinisk praksis bør forsterkes. Det bør også utarbeides en nasjonal veiler for lærings- og mestringstjenester som omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester (Helsedirektoratet, 2014).

Pasientforløp

Arbeidsøktene mellom sykehus og kommunale helsetjenester ikke er knyttet god nok sammen. Finansieringsordningene i samhandlingsreformen og nye kommunale tilbud har bidratt til mer oppstykkede forløp, altså det motsatte av målsettingen. I utgangspunktet så skal nødvendige helseopplysninger være tilgjengelig for helsepersonell gjennom hele pasientforløpet, men IT-systemene støtter i for liten grad opp under dette (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet mener at det bør utvikles en felles generell modell for pasientforløp mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Det bør også utvikles modeller som forbedrer henvisninger og pasientinformasjon mellom sykehus og kommuner. Helsedirektoratet mener at lovverkene for pasientregistrene bør samordnes for å muliggjøre kobling mellom partene. For å få dette til må juridiske hindringer i lovverket fjernes slik at de ulike pasientregistrene som eksisterer kan brukes til å nå samhandlingens mål (Helsedirektoratet, 2014).

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommuner

Helsedirektoratet mener at dette helsetilbudet blir for lite brukt. En grunn til det kan være at fastlegene har blitt for lite involvert i planlegging og drift av de kommunale plassene. Helse- og omsorgstjenesteloven gir stort rom for ulik organisering og innretning av tilbudene fra kommune til kommune. Det er også knyttet usikkerhet til hvor godt de nye tilbudene er integrert i den kommunale helsetjenesten og i sykehus (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet mener at det bør gjennomføres systematiske oppsummering av kunnskap og erfaring, og det bør utvikles en tydeligere beskrivelse av hva dette tilbudet skal inneholde (Helsedirektoratet, 2014).

Utskrivningsklare pasienter – Kommunale omsorgstjenester

Kommunene opplever at tilstanden til pasientene er dårligere enn tidligere, og reinleggeleser av enkelte pasientgrupper har økt. Helsedirektoratet mener at kommunenes prioritering av utskrivningsklare, somatiske pasienter fra sykehus har gjort det vanskeligere for andre typer pasienter å få korttidsopphold eller sykehjemsplass i kommunene (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet anbefaler at betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter videreføres. Det må også gjennomføres analyse av årsaksfaktorer til økningen i antallet reinnleggelser. For å få dette til må det arbeides lokalt i sykehus og kommuner med forbedring av utskrivningsprosesser (Helsedirektoratet, 2014).

Fastlegeordningen

Helsedirektoratet mener at det er for lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til fastlegene, og ledelsen av legetjenestene i kommunene er for dårlig utviklet i mange kommuner. Praksiskonsulentordninger for leger har god oppgavefordeling mellom sykehus og fastleger, men tilknytningen til kommunene er for dårlig (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet savner en samlet, overordnet plan for legetjenestene i kommunene. Denne planen bør beskrive ønsket utvikling av legetjenestene i kommunene sett i lys av samhandlingsreformen og lov- og forskriftsendringer. Helsedirektoratet anbefaler at kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i fastlegepraktisk forbedres, og at fastlegenes medvirkning i samarbeidsutvalg bør styrkes (Helsedirektoratet, 2014).

Psyisk helse og rus

Helsedirektoratet mener at det er et misforhold mellom kommunenes økte ansvarsoppgaver med hensyn til forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, og ressursene de har til å løse dem. Mesteparten av ressursene går til pasienter med alvorlige lidelser/vasker med omfattende og langvarige behov. Dette medfører at det ofte ikke er tilstrekkelig med ressurser til å prioritere forebygging og tidlig intervensjon (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet anbefaler at det utvikles gode metoder for samhandling mellom DPS/PHBU (lokalsykehus) og kommunene som er tilpasset lokale forhold og pasientgruppene. Det bør

også etableres tverrfaglige behandlingslag. Dette bidrar til å forplikte samarbeidet mellom kommuner og DPS for å sikre et bedre, mer helhetlig og tilgjengelig tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2014).

Habilitering og rehabilitering

Helsedirektoratet mener at datagrunnlaget er for begrenset til å kunne fastslå om habilitering og rehabilitering er styrket i henhold til nasjonale mål. Det er store forskjeller fra region til region i antall pasienter som mottar rehabilitering både i kommunene og i spesialhelsetjenesten. Regionale forskjeller kan føre til ulikt tilbud til pasientene (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedirektoratet anbefaler at det blir utviklet nasjonale standarder for pasientforløp for definerte diagnosegrupper. Det er også et behov å styrke kommunale rehabiliteringstjenester ved å øke antallet utdannet helsepersonell og etablere tverrfaglige team (Helsedirektoratet, 2014).

2.1.1 Oppsummering av utfordringer fra rapporten

For å få en oversikt over de ulike utfordringene som blir nevnt i statusrapporten har vi valgt å opprette en tabell. Denne tabellen viser en overordnet oversikt over de ulike utfordringene som vi har identifisert i beskrivelsene av de 13 situasjonene i avsnittene over.

	Utfordringer:
1	Dårlig kommunikasjon
2	Forskjellige IT-systemer
3	Forskjellige lovverk
4	Fragmenterte tjenester
5	Mangel på ressurser
6	Samarbeidsavtaler
7	Uklare ansvarsområder

Tabell 1: Oppsummerte utfordringer

2.2 Prosessorientering

I løpet av det siste tiåret har det skjedd en endring fra å se på en bedrift som en rekke av funksjonelle avdelinger, til en organisasjonsstruktur som fokuserer på forretningsprosessene som blir utført i bedriften. Det er mange årsaker til denne endringen, men den viktigste grunnen er at en bedrift som er prosessorientert har større fokus på kundene og kan levere bedre verdi i forhold til ende-til-ende tjenester (Gemmel, Vandaele, & Tameur, 2008).

Den sentrale ideen om prosessorientering er at dersom en organisasjon blir organisert rundt kjerneprosessene vil dette lede til effekter som kan forbedre effektiviteten og kvaliteten i organisasjonen. Organisasjoner som er prosessorienterte fokuserer på verdiskapning på tvers av avdelinger, i motsetning til funksjonelle organisasjoner som fokuserer på hver sin avdelings isolerte prestasjon.

En prosessorientert organisasjon er dominert av kryssfunksjonelle prosesser. En kryssfunksjonell prosess kan defineres som et strukturert og målbart sett av aktiviteter som er utformet for å frembringe et spesielt utfall for en bestemt bruker, eller brukergruppe.

Prossessorienterte organisasjoner fokuserer på *hvordan* arbeidet blir gjort, i motsetning til å fokusere på *hva* som blir gjort (Vos et al., 2011).

Prossessorientering har blitt anerkjent som en nyttig tilnærming for å støtte innovasjon, organisatorisk utvikling, endringsledelse og virksomhetsarkitektur. Prosessorientering støtter prosessledelse ved at de ansatte skifter fokus fra funksjonell ytelse til verdiskapning for kunder (Tang, Pee, & Iijima, 2013).

Prossessorientering er et sammensatt begrep som består av flere dimensjoner. Vi har tatt utgangspunkt i Kohlbacher (2010) sin beskrivelse av disse dimensjonene, og på bakgrunn av disse har vi definert følgende seks dimensjoner av prosessorientering som vi anser som viktigst:

1. Forutsetningen for å kunne lede en prosessdrevet organisasjon er å vite hvilke prosesser som utføres i organisasjonen og hvordan de henger sammen. Å definere prosessene til en organisasjon er utgangspunktet for prosessledelse.
2. Prosessorientering må ha forankring i ledelsen. Uten støtte fra ledelsen kan ikke ideen om prosessorientering nå sitt fulle potensial.

3. Alle prosesser må ha én leder som har ansvaret for prosessen fra begynnelse til slutt (ende-til-ende-ansvar). Bruken av prosesseiere er den største forskjellen mellom en prosessdrevet organisasjon og en tradisjonell organisasjon.
4. En prosessorientert organisasjon må kontinuerlig måle resultatene til sine prosesser. Ved å fokusere på måling av prosesser i stedet for funksjoner oppnår organisasjonen et felles fokus blant de ansatte på tvers av avdelingsgrensene.
5. For at en bedrift skal bli prosessorientert må bedriftskulturen støtte prosesstilnærmingen. Dette innebærer at kulturen baserer seg på teamarbeid, er villig til å endre seg, er kundeorientert og har en samarbeidsvillig lederstil.
6. Informasjonsteknologi muliggjør prosessorientering. IT-systemer som integrerer all informasjonen som strømmer gjennom en bedrift støtter prosesstilnærmingen.

Prossessorientering kan deles inn i flere forskjellige aktiviteter. Disse aktivitetene danner et bedre bilde av hva prossessorientering er. Prossessorientering blir delt opp etter prosesssyn, prosessjobber, prosessledelse og målinger, prosesstruktur og prosessverdier (Tang et al., 2013).

- Et prosesssyn innebærer at en organisasjon legger vekt på å dokumentere og forstå livsløpene til virksomhetsprosessene sine (McCormack & Johnson, 2000).
- Prosessjobber handler om i hvor stor grad ansattes arbeid er organisert etter virksomhetsprosessene som skal lede til bedriftens produkter eller tjenester (McCormack & Johnson, 2000).
- Prosessledelse og målinger forteller hvordan effektiviteten til virksomhetsprosessene blir håndtert. Eksempler er kvaliteten på produkter og tjenester, syklustid og kostnad til prosessen (McCormack & Johnson, 2000).
- Prosesstruktur går ut på hvordan forskjellige elementer, aktiviteter og arbeidsflyter er organisert, altså hvor effektiv organiseringen er (McCormack & Johnson, 2000).
- Prosessverdier handler om i hvor stor grad kulturen i en organisasjon påvirker de ansatte til å fokusere på å skape mer verdi for kundene (McCormack & Johnson, 2000).

Grunnet lite empirisk data er det bare tre av disse aktivitetene som blir sett på som nøkkelaspekter av prossessorientering, de er prosesssyn, prosessjobber og prosessledelse, og målinger (McCormack & Johnson, 2000). Vi kommer dermed til å forklare de tre nøkkelaspektene nærmere.

For å ha et godt prosesssyn må organisasjoner definere og modellere virksomhetsprosessene. Det innebærer å være klar over hva som skal inn i virksomhetsprosessene, hva som skal ut av den og hvem som skal ha ansvaret for at utfallet til virksomhetsprosessene blir som ønsket, altså en prosesseier (Tang et al., 2013).

Hensikten bak dette er for å kunne forbedre en hel prosess, og ikke fokusere på individuelle funksjoner. Det å ha et prosesssyn kan ha positiv effekt på innovasjonen innad i organisasjonen, som kan lede til suksess i aktiviteter som restrukturering av virksomhetsprosessene (Tang et al., 2013).

Prosessjobber går ut på at ansatte har en stilling som prosesseier eller at de jobber i prosessteam. Det betyr at de har ansvaret for kundene og virksomhetsprosessene som er relaterte til leveringen av produkter og tjenester. Prosessjobbene krever at de ansatte har variert kompetanse, fordi de eventuelle problemene som oppstår er komplekse og de ansatte må også kunne tilegne seg ny kunnskap, fordi kravene til kundene endrer seg kontinuerlig (Tang et al., 2013).

Prosessledelse og målinger handler om å identifisere mål i forhold til virksomhetsprosessenes ytelse. Det innebærer mål som reduisering av prosesskostnad eller økt verdi til kundene. Målinger går ut på å måle prosessen i forhold til for eksempel prosesskostnad. Hensikten med prosessledelse og målinger er å motivere de ansatte til å fokusere på å levere mer verdi til kundene og kontinuerlig forbedre produktene og tjenestene i forhold til virksomhetsprosessene (Tang et al., 2013).

2.3 Proessorientering i sykehus

Vi har valgt å beskrive proessorientering i sykehus for å få en bedre forståelse av hvordan proessorientering kan anvendes i helsetjenesten. Vi fant ingen litteratur som omhandler proessorientering i kommunale helsetjenester.

Historisk sett har det vært vanlig at sykehus har en funksjonell organisasjonsstruktur. Denne organisasjonsstrukturen preges av at ansatte med samme kompetanse blir gruppert inn i selvstyrte avdelinger, og strukturen har blitt sett på som den mest passende organisasjonsformen for å fremme den kunnskapsutviklingen som kreves av medisinske fag.

I den funksjonelle organisasjonsstrukturen blir helsepersonell med samme kompetanse plassert sammen i selvstyrte avdelinger. Avdelingene i en funksjonell organisasjon fokuserer på å optimalisere sin funksjon i henhold til prinsippene for *vitenskapelig ledelse*.

Hovedtanken med vitenskapelig ledelse er at effektivitet kan forbedres ved at ansatte blir tildelt spesialiserte og repeterende arbeidsoppgaver (Vos et al., 2011).

Denne spesialiserte arbeidsfordelingen er derimot ikke optimal for behandling av pasienter. Spesialiseringen av arbeidsoppgaver gjør at individuelle helsearbeidere ikke har evnene til å styre arbeidsflyt på tvers av avdelingsgrenser, og dermed også arbeidsoppgavene som er knyttet til pasientbehandling (Vos et al., 2011).

Dette resulterer i at nødvendig pasientinformasjon og ressurser må overføres mellom spesialiserte helsearbeidere på tvers av avdelingsgrenser. Flaskehalser kan oppstå dersom en avdeling «skyver» pasienter inn i en annen avdeling som ikke er klar til å ta vare på dem.

På grunn av den manglende samhandlingen mellom de ulike avdelingene, har funksjonelle organisasjoner ofte utfordringer med å håndtere sine prosesser. Dette påvirker igjen kvaliteten på pasientbehandlingen (Vos et al., 2011).

For å forbedre effektiviteten og kvaliteten i pasientbehandlingen er det nødvendig å omorganisere den tradisjonelle funksjonelle organisasjonsstrukturen og redusere kompleksiteten i prosessene som er knyttet til pasientbehandling. Prosessorienterte organisasjoner fokuserer på en optimal organisering av prosesser i stedet for funksjonelle avdelinger. Dette innebærer at alle de ulike avdelingene og helsearbeiderne som er involvert i pasientbehandlingen må jobbe sammen som en gruppe for å oppnå et felles mål (Vos et al., 2011).

Sykehus kan tilnærme seg prosessorientering ved å implementere såkalte *koordinerende tiltak*, som behandlingslinjer og pasientforløp. I denne tilnærmingen blir ikke den funksjonelle organiseringen endret. I stedet blir de koordinerende tiltakene plassert på toppen av den eksisterende organisasjonsstrukturen for å skape en jevn behandling av pasienter på tvers av sykehusavdelingene. Disse koordinerende tiltakene etablerer sekvenser av behandlingsaktiviteter (diagnostikk, konsultasjoner og behandling). Etablerer også ansvarsområder for helsearbeiderne som er involvert i diagnostiseringen og behandlingen av pasientgrupper, dvs. pasientgrupper som trenger samme type behandling i samme rekkefølge. Dette medfører at alle som er involverte i behandlingsprosessen skal vite hva som skal gjøre i de ulike trinnene av behandlingen (Vos et al., 2011).

2.4 Litteraturstudie

For å undersøke hvordan prosessorientering kan bidra til å løse samhandlingsutfordringer i sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester, har vi valgt å gjennomføre en litteraturstudie. Hensikten med litteraturstudiet er å undersøke hvilke effekter sykehus og andre organisasjonstyper kan oppnå ved prosessorientering, og hvordan disse effektene kan oppnås. Vi har valgt å fokusere på andre organisasjonstyper ettersom vi ikke fant litteratur som omhandler prosessorientering i kommunale helsetjenester, og fordi vi ønsket å inkludere flest mulig effekter og hvordan de kan oppnås. Grunnen til at vi har valgt å fokusere på effekter og hvordan de kan oppnås er fordi vi ønsker å undersøke hvordan sykehus og kommuner kan oppnå de ulike effektene.

Totalt fant vi 20 artikler som rapporterer om effektene i prosessorientering. Disse artiklene inkluderer åtte kvantitative studier, syv casestudier og fem litteraturstudier. Av disse artiklene omhandler syv artikler prosessorientering i sykehus, mens 13 omhandler prosessorientering i andre organisasjonstyper. Fra de 20 artiklene har vi identifisert totalt 32 effekter av prosessorientering. Vi har funnet henholdsvis 10 effekter av prosessorientering i sykehus og 22 effekter av prosessorientering i andre organisasjonstyper.

I de kommende avsnittene vil vi presentere funn fra litteraturstudiet. Vi vil starte med å presentere effektene av prosessorientering i sykehus, og deretter vil vi presentere disse effektene i en konseptmatrise. Videre vil vi presentere effekter av prosessorientering i andre organisasjonstyper. Også disse effektene vil bli presentert i en konseptmatrise.

2.4.1 Effekter av prosessorientering i sykehus

Som nevnt ovenfor fant vi totalt 7 artikler som rapporterer om effekten av prosessorientering i sykehus. For å få en oversikt over de ulike artiklene har vi valgt å sette dem inn i tabellen under. Artiklene er kategorisert etter nummer, forfatter, dato for publisering, tittel på artikkel og type studie.

Nr:	Forfatter(e):	Publisert :	Tittel:	Studie:
1	Fältholm & Jansson	2007	<i>The implementation of process orientation at a Swedish hospital</i>	Casestudie
2	Gemmel et al.	2008	<i>Hospital Process Orientation (HPO): The development of a measurement tool</i>	Casestudie
3	Gonçalves et al.	2013	<i>Hospital process orientation from an operations management perspective: development of a measurement tool and practical testing in three ophthalmic practices</i>	Casestudie
4	Rohner	2012	<i>Achieving impact with clinical process management in hospitals: an inspiring case</i>	Casestudie
5	Vera & Kuntz	2007	<i>Process-based organization design and hospital efficiency</i>	Kvantitativt studie
6	Vos et al.	2011	<i>Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review</i>	Litteraturstudie
7	Vos et al.	2008	<i>How to implement process-oriented care: A case study on the implementation of process-oriented in-hospital stroke care</i>	Casestudie

Tabell 2: Effekter av prosessorientering i sykehus

Konseptmatrise for effektene av prosessorientering i sykehus

For å få en oversikt over hvilke artikler som rapporterer om hvilke effekter har vi laget en konseptmatrise. Som nevnt fant vi totalt ti rapporterte effekter fra de syv artiklene. Matrisen viser en oversikt over de ulike effektene vi fant fra litteratursøket. Artiklene er representert ved tall fra 1-7, og følger samme nummerering som tabellen ovenfor. Vi har valgt å markere med «X» i matrisen for å illustrere hvilke artikler som rapporterer om hvilke effekter.

EFFEKTER		ARTIKLER						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Forbedret effektivitet				X	X	X	X
2	Forbedret integrering	X						X
3	Forbedret kommunikasjon		X					X
4	Forbedret kvalitet			X		X	X	X
5	Redusering av kompleksitet						X	X
6	Redusering av kostnader			X	X	X	X	
7	Redusering av redundans							X
8	Redusering av ventetid					X		X
9	Økt pasientfokus	X	X	X		X	X	X
10	Økt standardisering							X

Figur 1: Konseptmatrise for effekter av prosessorientering i sykehus

2.4.2 Hvordan effekter av prosessorientering i sykehus kan oppstå

I de følgende avsnittene vil vi forklare hvordan de ulike effektene av prosessorientering kan oppstå.

Forbedret effektivitet

Denne effekten går ut på at sykehus kan forbedre effektiviteten på behandlingen av pasienter ved å implementere koordinerende tiltak som behandlingslinjer eller pasientforløp. Disse tiltakene kan føre til forbedret effektivitet ved at de reduserer ventetid for pasientene og tidsbruk for behandlingen, samt at det reduserer antallet pasienter som blir vurdert for behandling (Vos, van Oostenbrugge, Limburg, van Merode, & Groothuis, 2008).

Forbedret integrering

Denne effekten går ut på at prosessorientering kan brukes som et verktøy for å bedre integreringen i sykehus på tvers av avdelinger (Faltholm & Jansson, 2008). Moderne sykehus er preget av økende spesialisering og sentralisering innenfor de ulike avdelingene (Gammel et al., 2008). Implementering av koordinerende tiltak fører til bedre integrering ved at de ansatte ser på behandlingen av pasienter som en del av én behandlingsprosess. Dette innebærer at de ansatte skifter fokus fra og optimalisere ytelse ved sin avdeling, til å forbedre prosessytelsen for hele sykehuset (Vos et al., 2008).

Forbedre kommunikasjon

Denne effekten går ut på at prosesser blir kartlagt slik at ansvarsområder og aktiviteter knyttet til behandlingen blir beskrevet med fokus på prosesser. Dette muliggjør bedre samarbeid og kommunikasjon på tvers av avdelingsgrenser, og ansatte fra ulike avdelinger blir oppmuntret til å samarbeide og oppnå felles mål (Gammel et al., 2008; Vos et al., 2008).

Forbedret kvalitet

Denne effekten går ut på at kvaliteten på behandling av pasienter kan forbedres ved å implementere koordinerende tiltak som pasientforløp. Pasientforløp definerer spesifikasjoner for behandlingen og kvaliteten på behandlingen som skal gis. Både formålet med behandlingen, og de ulike tiltakene som er nødvendige for å nå disse målene blir spesifisert i pasientforløpene. Dette bidrar til å forbedre kvaliteten på behandlingen som gis (Vera & Kuntz, 2007).

Redusering av kompleksitet

Denne effekten går ut på at sykehus kan redusere kompleksiteten i behandlingen av pasienter ved å implementere koordinerende tiltak. Behandlingslinjer og pasientforløp gir oversikt over de ulike prosedyrene og ansvarsområdene som er knyttet til diagnostiseringen og behandlingen av pasientgrupper. Dette fører til at helsepersonellet som er involvert i behandlingsprosessen har kjennskap til de ulike trinnene av behandlingen (Vos et al., 2011). Koordinerende tiltak reduserer kompleksitet i planlegging av prosesser knyttet til behandling ved at de standardiseres (Vos et al., 2008).

Redusering av kostnader

Denne effekten går ut på at sykehuset kan redusere kostnader ved å organisere bedriften rundt kjerneprosesser (Gonçalves, Hagenbeek, & Vissers, 2013; Vera & Kuntz, 2007). Koordinerende tiltak gir oversikt og standardiserer prosesser som er knyttet til behandling av pasienter. Dette gjør det mulig å eliminere redundante aktiviteter, noe som igjen fører til reduisering av ressurser og kostnader (Vos et al., 2011).

Redusering av redundans

Denne effekten går ut på at sykehus kan implementere koordinerende tiltak for å eliminere redundante aktiviteter knyttet til behandling av pasienter. Behandlingslinjer og pasientforløp standardiserer prosessene som er knyttet til behandlingen, noe som gir helsepersonellet oversikt over de ulike aktivitetene knyttet til pasientbehandlingen. Dette gjør det enklere å oppdage og eliminere eventuelle redundante aktiviteter (Vos et al., 2008).

Redusering av ventetid

Denne effekten går ut på at implementering av koordinering kan føre til reduisering av ventetid ved at de muliggjør en uavbrutt behandling av pasienter på tvers av avdelingsgrenser. Koordinerende tiltak eliminerer eventuelle flaskehalser som kan oppstå i overgangene mellom de ulike avdelingene, noe som igjen fører til en raskere behandling (Vera & Kuntz, 2007; Vos et al., 2008).

Økt pasientfokus

Denne effekten går ut på at sykehus fokuserer på å optimalisere prosessene knyttet til behandlingen av pasienter på tvers av avdelingsgrenser (Vos et al., 2008). Den sentrale ideen om prosessorientering i sykehus er nettopp at det fører til en mer pasientfokusert behandling (Gonçalves et al., 2013). Pasientfokusert kan optimaliseres ved å implementere koordinerende tiltak som beskriver hvilken behandling som skal gis, og hvem som har ansvaret for å utføre behandlingen (Vos et al., 2011).

Økt standardisering

Denne effekten går ut på at sykehus har implementere koordinerende tiltak som behandlingslinjer eller pasientforløp for å standardisere prosessene som er tilknyttet til behandlingen som gis. Standardisering av behandlingsprosesser kan føre til forbedret effektivitet ved at det gir en klar oversikt over hvilke medisinske prosedyrer som skal iverksettes, og hvilke ansvarsområder helsepersonellet som utfører behandlingen har. Dette fører til bedre kontroll over behandlingen som utføres (Vos et al., 2008).

2.4.3 Effekter av prosessorientering i andre organisasjonstyper

Som vi allerede har nevnt fant vi totalt 13 artikler som rapporterer om effekter i andre organisasjonstyper. For å få en oversikt over de ulike artiklene har vi valgt å sette dem inn i tabellen under. Artiklene er kategorisert etter nummer, forfatter, dato for publisering, tittel på artikkel og type studie.

Nr:	Forfatter(e):	Publisert:	Tittel:	Studie:
1	Hammer	2007	<i>The process audit</i>	Litteraturstudie
2	Hung	2006	<i>Business process management as competitive advantage: a review and empirical study</i>	Kvantitativ studie
3	Kohlbacher	2009	<i>The Perceived Effects of Business Process Management</i>	Litteraturstudie
4	Kohlbacher	2010	<i>The effects of process orientation: a literature review</i>	Litteraturstudie
5	Kohlbacher & Greunwald	2011	<i>Process orientation: conceptualization and measurement</i>	Litteraturstudie
6	Kohlbacher & Reijers	2013	<i>The effects of process-oriented organizational design on firm performance</i>	Kvantitativ studie
7	Küng & Hagen	2007	<i>The fruits of Business Process Management: an experience report from a Swiss bank</i>	Case studie
8	Lockamy & McCormack	2004	<i>The development of a supply chain management process maturity model using the concepts of business process orientation</i>	Kvantitativ studie
9	Reijers	2006	<i>Implementing BPM systems: the role of process orientation</i>	Case studie
10	Škrinjar et al.	2008	<i>The impact of business process orientation on financial and non financial performance</i>	Kvantitativ studie
11	Škrinjar et al.	2010	<i>Adoption of Business Process Orientation Practices: Slovenian and Croatian Survey</i>	Kvantitativ studie
12	Tang et al.	2013	<i>Investigating the effects of business process orientation on organizational innovation performance</i>	Kvantitativ studie
13	Willaert et al.	2007	<i>The process-oriented organisation: a holistic view developing a framework for business process orientation maturity</i>	Kvantitativ studie

Tabell 3: Effekter av prosessorientering i andre organisasjonstyper

Konseptmatrise for effekter av prosessorientering i andre organisasjonstyper

For å få en oversikt over hvilke artikler som rapporterer om hvilke effekter har vi laget en konseptmatrise. Som nevnt tidligere fant vi totalt 22 rapporterte effekter fra de 13 artiklene. Matrisen viser en oversikt over de ulike effektene vi fant fra litteratursøket. Artiklene er representert ved tall fra 1-13, og følger samme nummerering som tabellen ovenfor. Vi har valgt å markere med «X» i matrisen for å illustrere hvilke artikler som rapporterer om hvilke effekter.

EFFEKTER		ARTIKLER												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Forbedret leveransepålitelighet				X	X	X							
2	Forbedret effektivitet			X	X			X		X		X		
3	Forbedret finansiell ytelse	X		X		X					X	X		
4	Forbedret integrering			X	X	X	X		X				X	X
5	Forbedret kommunikasjon			X	X									
6	Forbedret kundeintegrering		X	X	X		X				X		X	
7	Forbedret leveransehastighet	X		X	X	X								
8	Forbedret produktinnovasjon												X	
9	Forbedret struktur				X	X	X							
10	Forbedret syklustid					X						X	X	
11	Redusering av intern konflikt		X						X	X	X		X	X
12	Redusering av kostnader	X			X	X	X		X		X	X	X	
13	Redusering av responstid					X						X		
14	Økt fleksibilitet				X		X				X	X		
15	Økt innovasjon blant ansatte		X	X	X	X					X		X	
16	Økt konkurranseevne					X		X				X		
17	Økt kryssfunksjonell tenkning				X	X	X					X		
18	Økt kundetilfredshet		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
19	Økt medarbeidertilfredshet			X	X	X							X	
20	Økt produktivitet				X	X						X		
21	Økt produktkvalitet	X			X	X		X				X		
22	Økt prosessinnovasjon												X	

Figur 2: Konseptmatrise for effekter i andre organisasjonstyper

2.4.4 Hvordan effekter i andre organisasjonstyper kan oppstå

I de følgende avsnittene vil vi forklare hvordan de ulike effektene av prosessorientering kan oppstå.

For å få en bedre oversikt effektene av prosessorientering i andre organisasjonstyper, har vi valgt å kategorisere de ulike effektene i mindre kategorier. Vi har valgt å illustrere dette ved å lage en tabell med tilhørende kategorier.

Kategori	Effekter
Innovasjon	Innovasjon blant ansatte, prosessinnovasjon og produktinnovasjon.
Effektivitet	Effektivitet, leveransehastighet, syklustid, reduisering av responstid og økt produktivitet.
Finansiell ytelse	Finansiell ytelse, kostnadsreduksjoner og økt konkurranseevne.
Kvalitet	Produktkvalitet, leveransepålitelighet, kundetilfredshet og kundeintegring.
Organisasjon	Integrering, kryssfunksjonell tenkning, fleksibilitet, struktur, minimering av intern konflikt, kommunikasjon, motivasjon og tilfredshet blant ansatte.

Tabell 4: Kategoriserte effekter av prosessorientering

Innovasjon

Under litteratursøket fant vi seks artikler som rapporterer om prosessorienterings effekt på innovasjon i organisasjonen. De effektene vi har gruppert under kategorien innovasjon er *økt innovasjon blant ansatte, økt prosessinnovasjon og økt produktinnovasjon*.

Artiklene viser til at prosessorientering har en effekt på hvor innovative organisasjoner er, at prosessorientering kan forbedre innovasjonen blant ansatte er en stor fordel. (Hung, 2006; Kohlbacher, 2009, 2010; Kohlbacher & Gruenwald, 2011; Škrinjar, Bosilj-Vukšić, & Indihar-Štemberger, 2008; Tang et al., 2013). Dette kommer frem spesielt hvis ansatte tenker utenfor deres vanlige arbeidsområde og at de kommer på innovative ideer vil føre til at organisasjonen får "gratis" fremgang.

Økt innovasjon blant ansatte

Denne effekten handler om hvordan ansatte i en bedrift kan opprette nye ideer, prosesser, produkter og tjenester. Dette vil kreve spesifikk kunnskap, kognitive evner og teknologiske egenskaper. Prosessorientering kan ha en positiv effekt på ansattes ønske og motivasjon for å være innovativ ved at definerte prosesser skaper en mer helhetlig forståelse av

organisasjonen. Innovasjonen kan skje individuelt, gruppert eller på et organisatorisk nivå (Tang et al. 2013).

Økt prosessinnovasjon

Denne effekten handler om at prosessorientering gir muligheten til å implementere nye metoder for å produsere produkter og tjenester på. Målet med å definere prosesser er å redusere ressursbruken og operasjonell kostnader, og samtidig øke fleksibiliteten i organisasjonen. Prosessorientering medfører at bedriften kan fokusere på å bli mer effektiv i forhold til produksjon av produkter og tjenester. Prosessinnovasjon er også viktig for veksten til en organisasjon. Prosessinnovasjon vil påvirke leveringen av produkter og tjenester til kunder og trenger derfor også å måles (Tang et al, 2013).

Forbedret produktinnovasjon

Denne effekten går ut på nye og forbedret produkter eller tjenester til markedet. Definerte prosesser gjør det mulig for ansatte å identifisere behovene til kunder, kontrollere produktkvaliteten og utvikle en effektiv strategi for utviding i markedet. En forbedret produktinnovasjon er viktig for veksten til en organisasjon og det er derfor nødvendig å måle produktinnovasjonen (Tang et al, 2013).

Effektivitet

Under litteratursøket fant vi syv artikler som rapporterer om prosessorienterings effekt på effektivitet i organisasjonen. De effektene vi har gruppert under effektivitet er *forbedre effektivitet, forbedre leveransehastighet, forbedret syklustid, reduksjon av responstid og økt produktivitet*.

Artiklene viser til at prosessorientering vil påvirke effektiviteten til organisasjoner på en positiv måte (Hammer, 2007; Kohlbacher, 2009, 2010; Kohlbacher & Gruenwald, 2011; Küng & Hagen, 2007; Reijers, 2006; Škrinjar, Vukšić, & Štemberger, 2010). Effektiviteten i organisasjoner går ut på hvor raskt organisasjonen greier å arbeide med de forskjellige aktivitetene som gjøres. Disse aktivitetene kan for eksempel være produksjon av produkter og tjenester og leveringen av disse produktene og tjenestene.

Forbedret leveransehastighet

Denne effekten er påvirket av kvaliteten på produktene. Klart definerte prosesser gjør at bedrifter kan fokusere på de viktigste aktivitetene knyttet til utvikling av produkter, som igjen fører til at leveransehastigheten på deres produkter og tjenester forbedres (Kohlbacher, 2009).

Forbedret syklustid

Syklustid går ut på perioden fra en aktivitet begynner til den slutter. Prosessorientering kan forbedre syklustiden til organisasjoner ved at prosessene defineres. Dette kan igjen medføre at syklustiden går fortere og mer standardisert (Škrinjar, Bosilj-Vukšić, & Indihar-Štemberger, 2008).

Redusering av responstid

Denne effekten handler om hvordan prosessorientering kan redusere responstid ved at alle prosessene er definerte, og aktiviteter som ikke gir verdi er eliminert. Responstid er en organisasjons egenskap til å reagere når endringer har skjedd, eksempel på dette kan være endringer i kundebehov (Kohlbacher & Gruenwald, 2011).

Økt produktivitet

Denne effekten handler om hvordan prosessorientering kan forbedre produktiviteten til en organisasjon. Ved å definere og standardisere prosessene som er knyttet til produktutvikling kan bedriften produserer produkter og tjenester raskere (Kohlbacher, 2010).

Finansiell ytelse

Under litteratursøket fant vi totalt ni artikler som rapporterer om prosessorienterings effekt på finansiell ytelse i organisasjonen. De effektene vi har gruppert under finansiell ytelse er *forbedret finansiell ytelse, redusering av kostnader og økt konkurranseevne*.

Artiklene viser til at prosessorientering vil påvirke den finansielle ytelsen til en organisasjon ved å redusere kostnader i organisasjonen. De reduserte kostnadene kommer som en effekt av at prosessorientering gjør organisasjoner oppmerksomme på hvilke aktiviteter som gir organisasjonen mest verdi og hvilke som gir liten verdi. (Hammer, 2007; Hung, 2006; Kohlbacher, 2009, 2010; Kohlbacher & Gruenwald, 2011; Kohlbacher & Reijers, 2013; Lockamy & McCormack, 2004; Škrinjar et al., 2008; Tang et al., 2013). Det at organisasjonen kan fokusere på de viktigste aktivitetene gjør at de øker sin konkurranseevne og kan forbedre sin posisjon i markedet.

Forbedret finansiell ytelse

Finansiell ytelse går ut på å forbedre aktiviteter som gir organisasjoner mer finansiell verdi, eksempler på dette er økt profitt og økt inntjening (Kohlbacher, 2009).

Økt konkurranseevne

Denne effekten handler om hvordan bruken av prosessorientering kan øke en organisasjons

konkurransesevne, dette kan for eksempel være økning av vekst i markedet. (Küng & Hagen, 2007). Klart definerte prosesser gjør det mulig for en bedrift å fokusere på de aktivitetene som gir verdi, samtidig som mindre viktige aktiviteter elimineres.

Kvalitet

Under litteratursøket fant vi ti artikler som rapporterer om prosessorienterings effekt på kvalitet i organisasjonen. De effektene vi har gruppert under kvalitet er *økt produktkvalitet*, forbedret *leveransepålitelighet*, *økt kundetilfredshet* og *forbedret kundeintegrering*.

Artiklene viser til at prosessorientering vil påvirke kvalitet på forskjellige deler av organisasjonen. Kvaliteten vil øke på de produktene eller tjenestene som produseres i organisasjonen og kunders tiltro til leveransen vil øke som en effekt av økt produktkvalitet. (Hammer, 2007; Hung, 2006; Kohlbacher, 2009, 2010; Kohlbacher & Reijers, 2013; Küng & Hagen, 2007; Škrinjar et al., 2008; Škrinjar et al., 2010; Tang et al., 2013; Willaert, Van den Bergh, Willems, & Deschoolmeester, 2007). I tillegg vil prosessorienterings syn på å integrere kunder i organisasjonen ha en positiv effekt på kvaliteten på produkter, dette er fordi kundene er med å bestemme hvilke krav som skal oppfylles på produktene eller tjenestene som leveres, effektene av dette er at kundetilfredsheten økes.

Økt produktkvalitet

Denne effekten går ut på å forbedre produktkvaliteten ved å definere og standardisere prosessene knyttet til produktutvikling, og fjerne aktiviteter som ikke gir bedriften noen verdi. Dette vil igjen føre til at bedriften kan fokusere på å utføre de viktigste aktivitetene de har (Kohlbacher, 2009).

Forbedret leveransepålitelighet

Denne effekten er påvirket av leveransehastigheten, ved at leveransehastigheten forbedres vil kundetilfredsheten øke og leveransepåliteligheten til bedriften vil styrkes som en følge av dette (Kohlbacher & Reijers, 2013).

Økt kundetilfredshet

Denne effekten handler om å holde kontinuerlig kommunikasjon med kunder for å samle behovene til kundene, rette seg etter behovene og involvere kundene i organisatoriske aktiviteter og prosesser (Tang et al, 2013). Den sentrale ideen med prosessorientering er å optimalisere fokuset på kunder.

Forbedret kundeintegrering

Denne effekten handler om å integrere kunder for å gjøre det lettere for organisasjoner å identifisere hvor og hvordan bedriftsprosesser kan skape verdi for kundene. Organisasjoner vil ha tilgang til oppdateringer ved kundenes behov, problemer som må løses og fremtidige krav (Tang et al, 2013). Kundeintegrering vil også påvirke prosessene til bedriften. Prosessene er styrt etter kundenes behov, og klart definerte prosesser vil føre til andre effekter som økt kundetilfredshet, forbedret kundeorientering og vil muliggjøre en mer heterogenetisk kundestruktur (Kohlbacher, 2009; Kohlbacher & Reijers, 2013).

Organisasjon

Under litteratursøket fant vi ti artikler som rapporterer om prosessorienterings effekt på organisasjonen i forhold til hvordan organisasjonsstrukturen fungerer. De effektene vi har gruppert under organisasjon er *forbedret integrering, økt kryssfunksjonell tenkning, økt fleksibilitet, forbedret struktur, reduisering av intern konflikt, forbedret kommunikasjon og økt medarbeidertilfredshet*.

Artiklene viser til at prosessorientering kan påvirke organisasjonen på forskjellige måter. Prosessorientering vil påvirke hvordan integrering skjer i organisasjonens struktur, med det menes det at organisasjonen går vekk fra funksjonell silotenkning og heller fokuserer på kryssfunksjonell tenkning. Dette vil sette kunden i fokus og de ansatte vil arbeide utenfor sitt normale arbeidsområde. (Kohlbacher, 2009, 2010; Kohlbacher & Gruenwald, 2011; Kohlbacher & Reijers, 2013; Lockamy & McCormack, 2004; Reijers, 2006; Škrinjar et al., 2008; Škrinjar et al., 2010; Tang et al., 2013; Willaert et al., 2007). Prosessorientering fører til at kommunikasjonen i organisasjonen forbedres, noe som bidrar til at den interne konflikten om ansvarsområder minskes. Dette vil igjen føre til at tilfredsheten og motivasjonen til ansatte i organisasjonen økes.

Økt kryssfunksjonell tenkning

Denne effekten handler om at prosessorientering muliggjør arbeid på tvers av avdelinger, altså at forskjellige avdelinger jobber sammen for et felles mål. Denne effekten kommer frem ved at prosessorientering forbedrer åpenhet og kommunikasjonen innad i organisasjonen (Kohlbacher & Reijers, 2013).

Økt fleksibilitet

Denne effekten går ut på hvordan prosessorientering kan påvirke fleksibiliteten i en organisasjon, altså hvor lett en organisasjon kan rette seg etter endringer. To artikler nevner at

proessororientering har positiv effekt på fleksibilitet (Kohlbacher & Reijers, 2013; Škrinjar et al, 2008).

Forbedret struktur

Denne effekten går ut på hvordan proessororientering påvirker strukturen i en organisasjon. Proessororientering påvirker strukturen til en bedrift på en positiv måte ved at de ulike prosessene i organisasjonen blir identifisert og definert. Dette kan igjen føre til at struktur blir forbedret og mer oversiktlig (Kohlbacher & Reijers, 2013).

Redusering av intern konflikt

Denne effekten handler om at måling av proessororientering vil minimere konflikter innad i organisasjonen. Definerte prosesser gir oversikt over ansvarsområdene til de ulike ansatte i bedriften, noe som medfører at de ansatte bør ha oversikt over hvilke arbeidsoppgaver de skal utføre. Proessororientering handler om å fjerne aktiviteter som ikke gir verdi, og også om å øke koordinasjonen i organisasjonen (Tang et al, 2013).

Økt medarbeidertilfredshet

Denne effekten handler om at proessororientering kan føre til høyere motivasjon og tilfredshet blant ansatte. Dette kan igjen bidrar til å forbedre opplæringen av ansatte, og det vil også gi et klarere ansvarsområde som gjør at de ansatte kan arbeide mer autonomt og fleksibelt (Kohlbacher, 2009).

2.4.5 Sammenheng mellom effekter fra sykehus effekter fra andre organisasjonstyper

Funn fra litteraturstudiet viser at det er flere likheter mellom effektene av proessororientering i sykehus og effekter av proessororientering i andre organisasjonstyper. Dette blir særlig tydeliggjort av effekter som *forbedret effektivitet*, *forbedret integrering*, *forbedret kommunikasjon* og *redusering av kostnader*. Disse effektene er det rapportert om i begge kategorier.

Funnene vi har gjort gjør at vi antar at proessororientering kan implementeres i alle typer organisasjoner, og at effektene de kan oppnå er tilnærmet like. De fleste funnene vi har gjort om effekter av proessororientering i andre organisasjonstyper spesifiserer heller ikke hvilken type organisasjon de gjelder for. Vi mener derfor at de generelle effektene vi har funnet er overførbare til kommuner, og at disse effektene, og hvordan de kan oppnås, derfor er relevante for vår utredning.

3. Forskningsmetode

I dette kapitlet vil vi beskrive forskningsmetoden for vår masterutredning. Vi vil først beskrive vårt forskningsperspektiv, deretter vil vi forklare vår forskningsstrategi og forskningsdesign. Videre kommer vi vi forklare hvordan vi har valgt å analysere innsamlet data, og til slutt vil vi beskrive validitet, etikk og avgrensninger som er blitt gjort i utredningen.

3.1 Forskningsperspektiv

Formålet med dette studiet er å undersøke hvordan prosessorientering kan løse samhandlingsutfordringer i norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester. Vi har valgt å ta i bruk en kvalitativ tilnærming, dette har vi gjort fordi vi ønsker å se om vi finner noen nye utfordringer som ikke er beskrevet før, og hvordan prosessorientering kan bidra til å løse de.

Kvalitativ forskning vil gi oss muligheten til å holde en samtale med våre deltakere i undersøkelsen. Deltakerne er ikke bundet til å svare på faste spørsmål, de kan i stedet komme med egne meninger om det fenomenet vi undersøker. Dette betyr at vi vil få en innsikt i hvordan våre deltakere oppfatter samhandlingen noe som betyr at vi vil kunne bruke mange forskjellige synspunkter fra våre deltakere til å forklare hvordan prosessorientering kan påvirke samhandlingen mellom sykehus og kommune (Yin, 2008).

Oates (2006) skiller mellom tre filosofiske perspektiv for kvalitativ forskning: Fortolkende, positivistisk og kritisk forskning. Vi har et fortolkende perspektiv, dette er fordi vi ønsker å undersøke menneskers egne meninger i deres sosiale setting. I denne utredningen vil det være ansatte i sykehus og kommuner, og vi vil kunne sammenligne den innsamlede kunnskapen med den teorien vi har funnet om prosessorientering. Fortolkende perspektiv blir definert på følgende måte: *“Interpretive research is IS and computing is concerned with understanding the social context of an information system: the social processes by which it is developed and constructed by people and through which it influences, and is influenced by, its social setting”* (Oates, 2006, p. 292).

3.2 Forskningsstrategi

Forskningsstrategien vi har valgt for denne oppgaven er en casestudie, definert som: «A case study is an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident» (Yin, 2003, p. 13).

En casestudie er nært relatert et fortolkende perspektiv, men kan også være positivistisk eller kritisk (Myers, 2013). Ved å ta i bruk et casestudie prøver man å finne ut av hendelser i en sosial setting, hendelser som kan være unike i den gitte settingen. Deretter vil det undersøkes hvordan forskjellige grupper oppfatter situasjonen, og man vil dermed prøve å se etter mulige forklaringer (Oates, 2006). Utfallet av et casestudie er ofte å komme med en teori, i vårt tilfelle vil det være hvordan prosessorientering kan bidra til å løse samhandlingsutfordringer i norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester. Denne teorien skal være mulig å testes ut i andre casestudier og andre forskningstyper, noe som kan gjøre studiet repeterbart og generaliserbart (Oates, 2006).

3.2.1 Flercasestudie

Vi har valgt å ta i bruk en flercasestudie som forskningsmetode for masteroppgaven. Hensikten bak dette er for å kunne dekke et større område, samtidig som vi kan gå i dybden. En flercasestudie vil gi oss muligheten til å undersøke flere sykehus og kommuners arbeid og utfordringer med samhandling. Det kan føre til at vi finner mange forskjellige grunner til at samhandlingen er god eller dårlig. Dette er noe som ikke hadde vært mulig hvis vi hadde brukt en enkel casestudie (Yin, 2004).

Dette flercasestudiet er en beskrivende flercasestudie fordi vi ønsker å utforske et fenomen i en kontekst. Vår flercasestudie er en blanding av historisk og en moderne studie, dette er fordi vi intervjuet de ansatte om hvordan arbeidet med samhandlingen foregikk før reformen ble iverksatt, og vi intervjuet de om hvordan samhandlingen fungerer etter at reformen ble satt i verk (Oates, 2006).

Vi mener at dette flercasestudiet har mulighet til å generaliseres, det betyr at de områdene vi dekker og med de funnene vi har fått fra sykehus og kommuner vil ha mulighet til å generaliseres til andre sykehus og kommuner i Norge.

Walsham (1995) beskriver fire forskjellige typer av generalisering som kan brukes fra en flercasestudie. De fire typene er konsept, teori, implikasjoner og rik innsikt. Vår flercasestudie er en kombinasjon av implikasjoner og rik innsikt. Vi mener at flercasestudiet

passer implikasjoner fordi de eventuelle implikasjonene vi finner i sykehus og kommuner har mulighet for å være gjeldende i andre sykehus og kommuner. Vi mener også at flercasestudiet kan gi rik innsikt ved at de funnene vi gjør kan hjelpe til med å dekke temaet om samhandling som har behov for forbedring (Walsham, 1995).

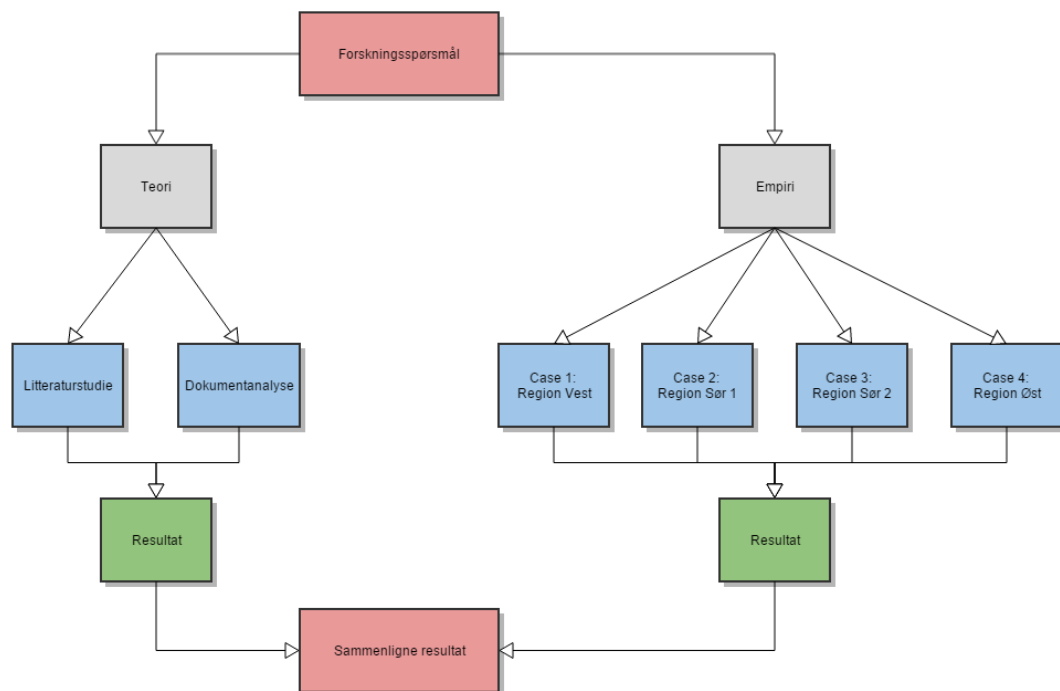
3.2.2 Utforming av case

Vi har valgt å fokusere på samhandling i norske sykehus og kommuner. Fokuset vårt er på hvordan sykehus og kommune samhandler i forhold til samhandlingsreformen, og hvordan prosessorientering kan bidra til å løse samhandlingsutfordringer. Sykehus og kommune er lovpålagt å samhandle etter samhandlingsreformen, derfor skal sykehus og kommune allerede ha etablert en samhandling, og det vil derfor ikke ha betydning på hvilke sykehus eller kommuner vi intervjuer. Det ga oss frihet til å velge de sykehus og kommunene vi ønsket. Det førte til at vi valgte sykehus som ligger geografisk langt i fra hverandre, hensikten med det var å dekke et stort område, og for å se om det var forskjeller på hvor langt i samhandlingen sykehusene og kommunene hadde kommet.

3.3 Forskningsdesign

Vårt forskningsdesign vil være basert på både teori og empiri. Vi har valgt å ha en induktiv tilnærming til empirien, og vi har valgt å ha se hva teorien sier om effekter av prosessorientering. I teorien har vi som kjent gjort et litteraturstudie om effekter av prosessorientering, og hvordan effektene kan oppstå, i sykehus og andre organisasjonstyper. Vi har også gjort en dokumentanalyse, hvor vi har sett gjennom samarbeidsavtalene til hvert sykehus og kommune som vi har intervjuet. I empirien er det de fire forskjellige casestudiene. Vi kommer til å sammenligne resultatene fra både teori og empiri for å finne ut om vår problemstilling er reell.

Under er en modell vi har utviklet som viser vårt forskningsdesign.



Figur 3: Forskningsdesign

3.4 Metodisk tilnærming

På bakgrunn av at vi bruker en kvalitativ flercasestudie må vi vite hvordan data skal innhentes. Vi valgte å bruke semistrukturerte intervjuer som innsamlingsmetode, og deretter analyserte vi innsamlet data for å finne det viktigste innholdet.

3.4.1 Datainnsamling

Vi har tatt i bruk semistrukturerte intervjuer (Oates, 2006), dette gjorde vi fordi vi hadde forskjellige temaer som vi ønsket å ta opp, men vi ville ikke være avhengig av spørsmålene. Vi ønsket at samtalen med deltakeren skulle flyte fritt slik at vi kunne få ut så mye informasjon om deltakerens meninger som mulig. I tillegg ønsket vi å ha muligheten til å ta frem nye spørsmål underveis i intervjuet, avhengig av svarene vi fikk fra deltakerne.

Før vi utførte intervjuene gjorde vi våre deltakerne kjente med de temaene som vi ville undersøke. Hensikten med dette er at deltakerne kan gjøre opp sine egne tanker om hva de skal svare før intervjuet har begynt (Oates, 2006). For eksempel fikk deltakerne vite at vi kom til å intervjuer de om samhandling og hvordan samhandlingen fungerer mellom sykehus og kommuner. Da intervjuene ble gjennomført følte vi at deltakerne hadde forberedt svar til

de spørsmålene vi hadde, vi mener at det hadde positiv effekt på omfanget av de svarene vi fikk.

Før intervjuet forklarte vi hensikten med intervjuet til deltakerne og hvor lang tid intervjuet vil ta, vi satte en tidsgrense på 60 minutter per intervju, dette er fordi våre deltakere har begrenset med tid tilgjengelig og vi mener at vi vil få godt nok grunnlag på intervjuer som varer under 60 minutter. Under intervjurunden hadde vi bare et intervju som oversteg grensen på 60 minutter.

Hensikten med å bruke en slik intervjuguide er å få ut pålitelig kvalitativ data. Disse intervjuene kan ofte bli ganske lange, derfor valgte vi å gjøre lydopptak slik at intervjuet kan transkriberes ellers kan det bli vanskelig å få med seg alt av det som blir sagt under intervjuet. Men det kan være at deltakeren ikke ønsker å være med på et lydopptak, det er derfor viktig å få deltakernes godkjenning før man tar i bruk lydopptak (Oates, 2006). Ingen av våre deltakere var negative til lydopptak, noe som var veldig positivt for vår del, men noen lydopptak var dårlige. Dette førte til at vi brukte veldig lang tid på å transkribere visse intervju, men generelt sett var lydopptakene gode.

Deltakere i undersøkelsen

Vi valgte sykehus som hadde en viss geografisk distanse fra hverandre, vi endte opp med fire forskjellige sykehus: Haugesund Sykehus, Sørlandet Sykehus Kristiansand, Sørlandet Sykehus Arendal og Sykehuset Østfold.

Deretter valgte vi kommuner som var geografisk nær disse sykehusene, hensikten bak dette er for å dokumentere samhandlingen mellom sykehus og tilhørende kommuner. Det førte til at vi hadde totalt fire sykehus og to tilhørende kommuner til hvert sykehus. Vi valgte å ha ett intervju per sykehus og kommune, grunnen til dette er fordi vi ville intervju de ansatte som jobber med samhandlingen mellom sykehus og kommune. Vi mener derfor at det ikke var nødvendig å intervju flere personer som jobber med samhandlingen på samme avdeling i enten sykehuset eller kommunen. Hvis vi mener at et intervju ga oss for lite informasjon ville vi tatt å intervjuet flere personer på samme sykehus eller kommune, men vi opplevde ikke å måtte gjøre det, alle intervjuene ga oss nok informasjon om samhandlingen.

Regioner

Vi har delt opp casestudiene etter geografisk tilknytning, det betyr at vi har fire forskjellige case som vi har kalt «helseregioner». De ulike casestudiene er henholdsvis: *Helseregion Vest*, *Helseregion Sør 1*, *Helseregion Sør 2* og *Helseregion Øst*.

I Helseregion Vest har det blitt gjort 3 intervjuer. Et fra Haugesund Sjukehus Helse Fonna, et fra Karmøy kommune og én fra Haugesund kommune.

I Helseregion Sør 1 har det blitt gjort 4 intervjuer. To fra SSHF Kristiansand, et fra Kristiansand kommune og et fra Søgne kommune.

I Helseregion Sør 2 har det blitt gjort 3 intervjuer. Et fra Sørlandet Sykehus Arendal, et fra Lillesand kommune og et fra Grimstad kommune.

I Helseregion Øst har det blitt gjort 3 intervjuer. Et fra Sykehuset Østfold, Et fra Fredrikstad kommune og Et fra Spydeberg kommune.

Totalt er det blitt gjort 13 intervjuer fra 4 forskjellige regioner.

Intervjuobjekter

Vi har opprettet en tabell som viser alle intervjuene vi har gjort. Her har vi strukturert intervjuene etter hvilken organisasjon vi har intervjuet, varighet på intervjuene, type intervju og dato da intervjuet ble gjennomført. Vi har utelukkende intervjuet personer som er administrativt ansatte i sykehuset eller kommunen, vi kommer derfor ikke til å skrive stillingen til hver person som ble intervjuet grunnet anonymitet. De fleste intervjuene varte rundt en halvtime og de fleste intervjuene ble gjennomført på telefon. Noen av intervjuene kunne vi gjort uten telefon, for eksempel Søgne kommune, Lillesand kommune og Grimstad kommune, men de ble gjennomført på telefon fordi de vi intervjuet hadde dårlig tid og ønsket å gjennomføre intervjuet på telefon.

Nr.	Organisasjon	Varighet	Type	Dato
1	Haugesund Sjukehus	1 time og 30 min	Intervju	23.02.2015
2	Karmøy kommune	45 min	Intervju	10.03.2015
3	Haugesund kommune	25 min	Intervju	25.03.2015
4	Sørlandet Sykehus Kristiansand (to personer)	1 time	Intervju	10.03.2015
5	Kristiansand kommune	45 min	Telefonintervju	24.03.2015

6	Søgne kommune	20 min	Telefonintervju	29.04.2015
7	Sørlandet Sykehus Arendal	30 min	Telefonintervju	11.03.2015
8	Lillesand kommune	25 min	Telefonintervju	17.03.2015
9	Grimstad kommune	25 min	Telefonintervju	28.04.2015
10	Sykehuset Østfold	30 min	Telefonintervju	20.02.2015
11	Fredrikstad kommune	30 min	Telefonintervju	23.04.2015
12	Spydeberg kommune	30 min	Telefonintervju	24.04.2015

Tabell 5: Oversikt over intervjuer

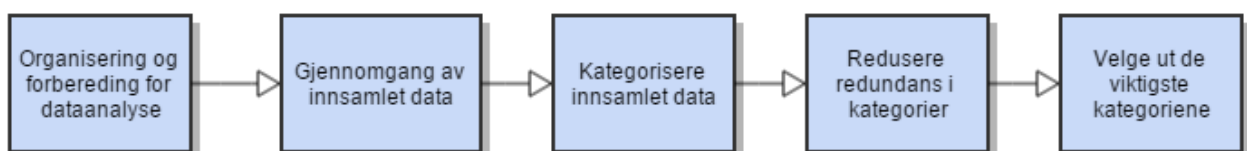
Dokumentanalyse

Som en del av datainnsamlingen har vi sjekket samarbeidsavtalene som hvert sykehus har inngått med hver kommune i regionen. I disse avtalene har vi sett etter hva samhandlingen faktisk går ut på, og vi har brukt dokumentene for å forstå selve omfanget av samhandlingen mellom sykehus og kommune.

Disse dokumentene har vi brukt for å kvalitetssikre informasjonen våre deltakere har gitt oss, og vi har i tillegg brukt dokumentene for å se om det er noen forskjeller i det intervjuene forteller i forhold til hva som faktisk står i dokumentene (Oates, 2006). Noen ganger kan dokumenter være vanskelig å finne eller at de inneholder hemmelig data som ikke kan ligge offentlig på nett (Oates, 2006). Dette problemet har ikke vi hatt siden alle samarbeidsavtalene skal ligge ute på nett og alle avtalene har vi funnet på sykehusene sine hjemmesider.

3.3.2 Analyse av data

Når innsamlingen av data er gjort skal dataen analyseres. Ettersom vi har gjennomført semistrukturerte intervjuer må vi transkribere intervjuene ut ifra lydopptakene. Siden vi har liten erfaring med dataanalyse valgte vi å følge fem steg for induktiv analyse utviklet av Creswell fra 2002 (Thomas, 2003). Vi har dermed utviklet en modell basert på Creswell, hvor vi begynner med å organisere og forberede oss for dataanalysingen.



Figur 4: Modell for analysing av data

Vi begynte først med å transkribere hvert eneste intervju. Under transkriberingen gjorde vi det veldig klart hvem som pratet, vi skrev navn på hvem som pratet under hver setning, dette var spesielt viktig når spørsmålene ble stilt. Ved å strukturere de transkriberte intervjuene på den måten ble det lettere for oss når teksten skulle analyseres.

Deretter gikk vi gjennom all innsamlet data. Da var vi avhengige av å lese nøye gjennom alle de transkriberte intervjuene, hensikten bak dette var for å skaffe full forståelse av hva som er blitt sagt under intervjuene. Ofte kan det være at noe som blir sagt forsvinner fra hukommelsen etter intervjuet. Det er derfor det er viktig å lese gjennom det transkriberte intervjuet.

Deretter plasserte vi den innsamlete dataen inn i kategorier, her vil det være forskjellige typer nivå på kategoriene. Disse kategoriene er relatert mot målene med studiet vårt. Altså kategorier som vil si noe om hvordan prosessorientering kan løse samhandlingstufordringene. Eksempler på kategorier vi oppdaget under transkriberingen var utfordringer som tillit, ressurser, samarbeid og ujevnt styrkeforhold. Vi vil komme tilbake til disse kategoriene under analysekapittelet. Andre kategorier var forutsetninger, altså hva sykehus og kommune mener må til for at samhandlingen skal fungere optimalt. Eksempler på disse forutsetningene er god kommunikasjon, samarbeidsavtaler og felles kultur. Vi kommer tilbake til disse forutsetningene i analysekapittelet.

Deretter har vi redusert redundans i kategoriene, det vi gjorde var å legge sammen de kategoriene som vi mener er såpass like at det ikke er noen hensikt at de er forskjellige kategorier. Etter at vi fjernet redundansen skulle vi velge ut de som vi mener er de viktigste kategoriene for målene med dette studiet, altså de kategoriene som vi mener kan svare på forskningsspørsmålet vårt. I ettertid fant vi ut at de viktigste kategoriene for vår oppgave er de kategoriene som er igjen etter at vi har fjernet redundansen i kategoriene, hensikten med oppgaven er å finne mange utfordringer som prosessorientering kan påvirke, det blir dermed dumt å fjerne noen kategorier om utfordringene fordi vi mener alle kategoriene er viktige.

Vi mener at denne modellen gjør det mulig for oss å finne de mest kritiske punktene for å kunne besvare spørsmålet om prosessorientering kan bidra til å forbedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner.

3.3.4 Validitet

Siden vi har basert forskningen på et fortolkende perspektiv kan vi ikke ta i bruk de fire kriteriene for kvalitet som er forbeholdt et positivistisk perspektiv. Vi har derfor valgt å følge Lincoln og Guba (1985) som har utviklet egne kriterier for fortolkende forskning. Istedenfor å bruke validiteten i forskningen som målepunkt, er det mer hensiktsmessig å undersøke troverdigheten til fortolkende forskning. De fire kriteriene er bekreftbarhet, pålitelighet, troverdighet og overførbarhet (Lincoln, 1985).

Bekreftbarhet

Dette kan oppnås ved å vurdere om funnene fra forskningen stammer fra de dataene som er samlet inn (Lincoln, 1985). Vi mener at ved å følge prosessen til denne masterutredningen vil det foreligge nok informasjon om innsamlingen av data og analyseringen av data som gjør at vi oppnår bekreftbarhet.

Pålitelighet

Dette kan oppnås ved å gå gjennom hele prosessen til dette studiet (Lincoln, 1985). Vi mener at vi oppnår pålitelighet ved at vi har dokumentert alt det vi har gjort i forskningsprosessen, vi mener det vil gjøre det lettere for andre å forstå hva vi har gjort.

Troverdighet

Dette kan oppnås ved at undersøkelsen blir korrekt identifisert og forklart, som fører til at funnene i forskningen er troverdig (Lincoln, 1985). Vi mener vi oppnår troverdighet ved å ta opptak under intervjuene med deltakerne og senere transkribere intervjuene, dette fører til at de funnene vi finner er basert på informasjonen vi fikk fra deltakerne. Vi sendte oppsummeringer av intervjuene til noen av deltakerne for å forsikre oss at de var enige i det som er blitt skrevet, alle deltakerne var enige i oppsummeringen og noen deltagere la til litt ekstra informasjon som de følte ikke hadde blitt poengtert godt nok.

Overførbarhet

Dette kan oppnås ved at funnene i en case kan overføres til et annet lignende case (Lincoln, 1985). Vi mener at vi har overførbarhet i forhold til andre sykehus og kommuner i Norge ettersom strukturen i organisasjonen, og de utfordringene samhandling har vil være lik fra sykehus til sykehus og kommune til kommune.

3.3.5 Etiske utfordringer

Vi har også noen etiske utfordringer som forskere, vi er nødt til å følge ønskene til de som skal intervjues. Disse ønskene kan være anonymitet i undersøkelsen, ikke noe bruk av lydopptak under intervjuene eller at vi ikke siterer deltakerne uten å høre med dem om de er enige i det som blir skrevet (Oates, 2006). Vi har ikke opplevd noen etiske utfordringer under intervjuene, det er ingen som har stilt spørsmål ved lydopptak eller anonymitet. Vi gjorde det klart før intervjuene begynte at alle svar kom til å bli anonymiserte, og at lydopptakene bare var for vår egen del, de skulle ikke deles med andre.

3.3.6 Avgrensninger

En avgrensning vi har gjort i dette studiet er at de vi har intervjuet har vært personer som jobber direkte med samhandling. Altså at deltakerne har for eksempel en jobbstilling i det administrative arbeidet med samhandlingen. Vi har ikke intervjuet personer på et lavere nivå i organisasjonen, for eksempel sykepleiere.

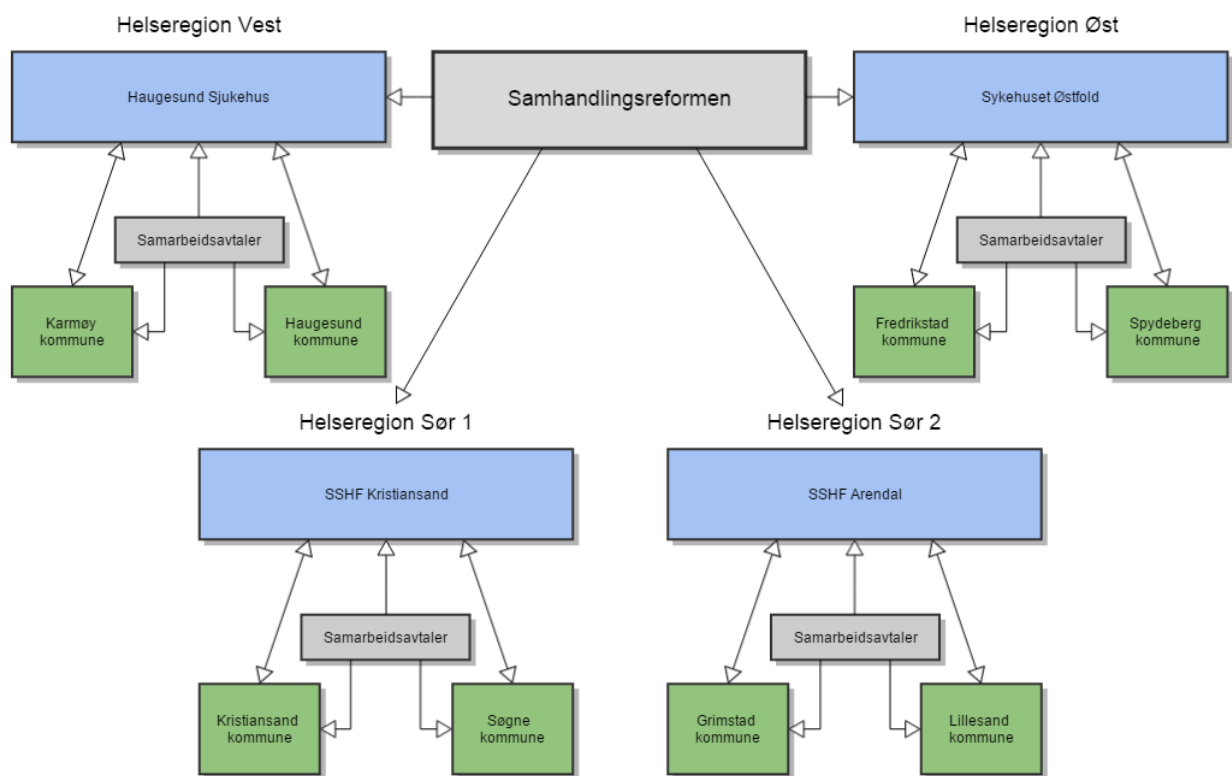
Hensikten med dette er fordi vi mener vi får den beste informasjonen om samhandlingssituasjonen mellom sykehus og kommune ved å intervju administrativt ansatte. Hadde det vært ubegrenset med tid på denne utredningen ville det nok være hensiktsmessig å intervju for eksempel sykepleiere og leger også, da vil vi få et større omfang og et mer helhetlig bilde av arbeidet med samhandlingen.

En begrensning med studiet er at mange av intervjuene ble gjennomført på telefon, grunnen til dette var store avstander mellom oss og deltakerne, og at deltakerne hadde begrenset med tid og ønsket å bruke telefon. Vi tror vi hadde fått mer utfyllende informasjon fra deltakerne hvis vi hadde intervjuet dem ansikt til ansikt, men likevel mener vi at informasjonen vi fikk fra deltakerne var god.

4. Casebeskrivelser og resultater

I dette kapittelet vil vi beskrive de ulike casestudiene for vår utredning. Totalt har vi fire ulike case, henholdsvis: *Case 1: Helseregion Vest*, *Case 2: Helseregion Sør 1*, *Case 3: Helseregion Sør 2* og *Case 4: Helseregion Øst*. Hvert casestudie består av henholdsvis et sykehus og to tilhørende kommune.

Vi vil starte med å beskrive hvordan de ulike partene i hvert case er ment å samhandle ifølge samarbeidsavtaler som er inngått. Dette vil vi gjøre fordi vi ønsker å beskrive hvordan de forskjellige partene er ment å samhandle. Deretter vil vi presentere resultatene fra de ulike casestudiene. Resultatene for hver part i casestudiene er delt inn i tre deler, *status for samhandling*, *utfordringer med samhandling* og *forutsetninger for samhandling*.



Figur 5: Helseregionene i casestudiene

Vi har utviklet en modell for vår studie. Modellen viser de fire ulike helseregionene, og hvordan de ulike sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester samhandler. Modellen viser også samhandlingsreformen og de ulike samarbeidsavtalene som legger føringer for samhandlingen.

4.1 Case 1: Helseregion Vest

Helseregion Vest er satt sammen av Haugesund sykehus Helse Fonna, samt de to tilhørende kommunene Haugesund og Karmøy. Helse Fonna har inngått et forpliktende samarbeid med kommunale helsetjenester i samtlige kommuner, inkludert Karmøy og Haugesund. Dette samarbeidet skal inkludere samarbeidsavtaler, praksiskonsulentordning, prosjekter, diverse møtearenaer og kontinuerlig dialog og informasjonsstrøm mellom partene. Sykehuset og kommunene har inngått en overordnet samarbeidsavtale og 11 tjenesteavtaler i tillegg til særavtaler (Helse Fonna, 2015d).

Karmøy og Haugesund har den samme overordnede avtalen med Helse Fonna. Hensikten med avtalen er at den skal konkretiserer oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og sykehuset, samt etablerere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalen skal bidra til at pasientene får et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester og styrke forebyggende og helsefremmende arbeid (Helse Fonna, 2015b, 2015c)

Pasienten skal stå i sentrum enten den befinner seg på sykehuset eller i kommunene. Avtalen presiserer at samhandlingen må forankres i ledelsen, som skal ha ansvar for å legge til rette for god og effektiv samhandling mellom sykehuset og kommunene. Dette gjelder både på politisk, administrativt og faglig nivå, samt i den daglige driften av tjenestene (Helse Fonna, 2015b, 2015c).

I avtalen står det også at samarbeidet mellom sykehuset og kommunene skal bygge på likeverd og respekt, og at partene er gjensidig avhengige av hverandre for å yte tjenester som er helhetlige og gode for pasienten (Helse Fonna, 2015b, 2015c).

4.1.1 Haugesund sjukehus Helse Fonna

Haugesund sjukehus er et av totalt fire sykehus som tilhører Helse Fonna HF. De tre andre sykehusene er Odda Sykehus, Stord Sykehus og Valen Sykehus. I tillegg til de fire sykehusene består Helse Fonna også av de fire distrikts-psykiatriske sentrene, Folgefonn DPS, Haugaland DPS, Karmøy DPS og Stord DPS. Administrasjonen ligger i Haugesund (Helse Fonna, 2015a). Helse Fonna HF er en del av Helse Vest RHF, og gir spesialisthelsetjenester til en befolkning på rundt 170 500 mennesker fordelt på 19 kommuner (Helse Fonna, 2015a).

I Haugesund Sjukehus har vi intervjuet en koordinator ved sykehuset.

Status for samhandling

Koordinatoren hevder at Haugesund Sjukehus har hatt samhandlingsavtaler med kommunene lenge, også før samhandlingsreformen ble innført. Forskjellen er at de tidligere avtalene var intensjonsavtaler, de var ikke juridisk bindende slik som de er i dag. I samhandlingsavtalene står det tydelig de ulike partenes ansvarsområde ved innleggelse, utskrivning og under opphold. Koordinatoren mener at avtalene er såpass godt konkretisert at det reduserer konflikter i arbeidet.

Ifølge samarbeidsavtalene er kommunene i dag forpliktet til å ta imot de utskrivningsklare pasientene fra sykehuset. Koordinatoren mener at pasienter ikke har godt av å ligge på sykehuset når de er utskrivningsklare. Hvis pasientene blir liggende for lenge på sengeposter i sykehuset kan de få sykdommer som lungebetennelse og urinveisinfeksjon.

Koordinatoren mener at sykehuset i dag har godt definerte krav til hva som skal være oppfylt for at pasienten kan kalles utskrivningsklar. Ifølge koordinatoren betaler kommunene i dag rundt 4500 kr for hvert døgn en pasient blir liggende etter at pasienten er rapportert utskrivningsklar fra sykehuset. Koordinatoren mener at denne pådriveren har sørget for en god flyt.

Koordinatoren føler at sykehuset har en god dialog med kommunene, og trekker frem at det har vært gode tradisjoner for dialog også før samhandlingsreformen. Dagens samhandling er en videreføring av samhandlingen de hadde fra før, og koordinatoren mener derfor at terskelen for å få skape en god kultur og felles forståelse for pasienten ikke er særlig problematisk.

Utfordringer med samhandling

Koordinatoren mener at det er en utfordring at de ulike kommunene bruker forskjellige pasientjournalssystemer. Ifølge koordinatoren mangler kommunene og legekantorene tilstrekkelig teknisk kompetanse, og koordinatoren er usikker på hvor gode de ulike kommunene er til å sikre gode kontrakter med sine systemleverandørene. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Det er leverandøren som skal gjøre tekniske oppdateringer på systemene, og som skal sørge for opplæring av ansatte når nye funksjoner blir innført. Hvis disse tingene ikke er inne i kontrakten så stiller man litt dårlig»* (koordinator, Haugesund Sjukehus)

Koordinatoren hevder at sykehuset ikke alltid fornøyd med tilbakemeldingene de får fra kommunene, de skulle ønske tilbakemeldingene var litt mer konkrete. Ifølge koordinatoren

har sykehuset et krav på å få vite hvilken plan kommunene har for mottak av pasienten, men det er sjelden at sykehuset får god nok informasjon om det.

Koordinatoren hevder at sykehuset har ikke lov til å forespeile pasientene og hvilket vedtak de skal ha i kommunen. Det er kommunen som selv må ta ansvar for sine vedtak.

Koordinatoren hevder likevel at pasienten av og til får tilbud fra kommunen som sykehuset ikke ønsker at pasienten skal godta fordi de mener tilbudet er uforsvarlig.

Forutsetninger for samhandling

Koordinatoren mener at en forutsetning for samhandling er å skape felles arenaer for samhandling. Koordinatoren mener også at det er viktig at partene har lav terskel for å ta kontakt med hverandre, at de forstår hverandres utfordringer i samhandlingen, at de bygger felles kultur og at de har respekt for hverandre.

4.1.2 Karmøy Kommune

Karmøy kommune ligger i Rogaland fylke og har en befolkning på rundt 42 000 innbyggere (Jahren, 2014). Kommunen tilbyr en rekke tjenester til sine innbyggere, blant annet: Fastlege, fysioterapi og ergoterapi, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, hjemmesykepleie, legevakt, habilitering og rehabilitering, offentlige legetjenester og øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Karmøy kommune, 2013).

I Karmøy kommune har vi intervjuet en koordinator ved en avdeling i kommunen.

Status for samhandling

Ifølge koordinatoren har kommunen og sykehuset alltid hatt samhandlingsavtaler, også før samhandlingsreformen ble innført. Forskjellen er at før var avtalene intensjonsavtaler, men nå er avtalene juridiske og klare på at de er bindende. Koordinatoren sier at grunnlaget for dagens samhandling er samarbeidsavtalene som ble utarbeidet og lovpålagt ved innføringen av samhandlingsreformen.

Koordinatoren mener at samarbeidsavtalene mellom kommunen og sykehuset har sørget for en klarere ansvarsfordelingen, men at avtalene ikke alltid fungerer i den praktiske og travle hverdagen. Dette kommer frem i følgende sitat: «*Det som står i avtalen fungerer gjerne ikke helt i praksis, og en må finne ut hva som ikke fungerer og hvorfor det ikke fungerer*» (koordinator, Karmøy kommune).

Det har blitt opprettet et samhandlingsutvalg med representanter fra sykehuset og kommunene. I dette utvalget jobbes det med ulike saker knyttet til samhandling. I tillegg holdes det møter innenfor spesielle fagområder dersom det oppstår utfordringer knyttet til samhandlingsavtalene.

I 2014 innførte kommunen e-melding for å kommunisere sykehuset. Ved bruk av e-melding kan kommuner og sykehus sende hverandre elektronisk krypterte meldinger med viktig informasjon om pasientene. Koordinatoren mener at innføringen av E-melding har gjort samhandling rundt pasienthåndtering mye bedre for kommunen enn det var tidligere. Tidligere gikk dialogen over telefon, noe som gjorde samhandlingen mellom partene mer vilkårlig enn det den er i dag.

Utfordringer med samhandling

Koordinatoren mener at det er en utfordring at pasientjournalsystemet i sykehuset og kommunen er forskjellige. Ifølge koordinatoren er systemene utviklet av ulike selskaper og dekker ulike behov og områder, noe som har medført at systemene ikke snakker sammen. Koordinatoren mener at det er begrensninger i e-melding som gjør at dokumenter med viktig informasjon om pasienten ikke kan legges ved i disse meldingene. Eventuelle vedlegg må fremdeles sendes per post, noe som medfører forsinkelser i pasienthåndteringen.

Koordinatoren opplever at sykehuset «bestiller» tjenester i kommunen. Ifølge koordinatoren skal sykehuset i sende melding til kommunen hvor de beskriver funksjonsnivået til en utskrivningsklar pasient. Kommunen skal vurdere pasienten ut i fra denne beskrivelsen. Koordinatoren hevder at beskrivelsen av funksjonsnivået til pasienten ofte mangler, og at sykehuset istedenfor komme med en bestilling om sykehjemsplass. Dette understrekes i følgende sitat: *«Kommunen må selv gjøre disse beslutningene for å se hvilket omsorgsnivå pasienten trenger. Vi har en begrenset mengde sykehjemsplasser, og det er ikke alltid at sykehjemsplass er nødvendig for pasienten»* (koordinator, Karmøy kommune).

Koordinatoren sier at kommunen ønsker å vurdere pasientene selv, ettersom de mener at sykehuset ikke har god nok kjennskap til hvilke typer tjenester kommunen ivaretar. Ifølge koordinatoren står det i samarbeidsavtalene at kommuneansatte skal hospitere i sykehuset for å vite hva som skjer der, men det har ikke vært motsatt. Koordinatoren mener at hvis sykehuspersonellet vet hva som skjer i kommunene vil de ha en mye bedre forutsetning for å samarbeide med kommunene. Koordinatoren mener også at økt forståelse for kommunens

tjenester vil gi sykehuset tiltro til hva kommunen kan, og de vil også få oversikt over hva kommunen er mindre gode på og hva de trenger støtte til.

Koordinatoren opplever at kommunen foreløpig ikke er en likeverdig part i samhandlingen med sykehuset. Koordinatoren føler at sykehuset formidler en holdning om at de bestemmer, og at de gir ordre til kommunen i forhold til hvordan de skal utføre og agere på deres «bestilling». Ifølge koordinatoren er dette en holdning og en kultur i sykehuset som de møter på uavhengig om det samhandles om en pasient eller om det samhandles på overordnet nivå. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Helseforetaket krever sin rett og mener at kommunene må følge opp. Kommunene må føye seg. Det gir ikke et godt grunnlag for samhandling»* (koordinator, Karmøy kommune).

Koordinatoren opplever at de økonomiske insentivene som staten innførte med samhandlingsreformen gjør at samhandlingen ofte preges av økonomiske spørsmål. Ifølge koordinatoren har samhandlingsreformen en del føringer på hva kommunene skal bli gode på, men det er ikke noen økonomiske bevilgninger. Dette gir kommunen en utfordring til å etablere nye tjenester og tiltak.

Koordinatoren mener at inngåelse av samhandlingsavtaler økonomiske insentiv, og koordinatoren opplever at mye av innholdet i avtalene er på sykehusets premisser. Når kommunen kommer med innspill med forslag til justeringer i avtalene i den årlige revisjonen blir de ikke hørt, og fokuset til sykehuset blir i stedet av de må tilpasse seg avtalene til tross for at dette gir kommunene store utfordringer i det praktiske rundt pasienthåndteringen.

Koordinatoren mener at staten burde lagt klarere føringer i forhold til implementering av IT-systemer. Ifølge koordinatoren eksisterer det i dag ingen nasjonal styring på implementering av IT-løsninger i helsesektoren. Koordinatoren mener også at staten til tider oppfattes som diffuse, det blir opp til sykehuset og kommunene å finne ut av den praktiske samhandlingen sammen. Staten skyver ansvaret over på kommune og sykehuset, og dermed svikter det gjerne litt fordi partene ikke har erfart det som står i avtalene i praksis.

Forutsetninger for samhandling

Koordinatoren mener at en forutsetning for samhandling er at partene blir kjent med hverandre og evner å se situasjonen fra begges perspektiver. Koordinatoren trekker frem hospitering som et viktig tiltak for å få oversikt over den andre partens tjenestetilbud. I følge

koordinatoren gir hospitering bedre forutsetning for samhandling, og partene får tiltro til hverandre.

Koordinatoren mener at det må skje en holdningsendring i sykehuset, og sykehuset må se på kommunen som en likeverdig part i samhandlingen. Koordinatoren mener at likeverdighet er viktig for at partene i fellesskap skal kunne diskutere og finne frem til gode løsninger for pasienten. Dette blir understreket i følgende sitat: *«Jeg har tro på prosjekter hvor begge partene går sammen og jobber med utvikling i forhold til tjenester og tilbud. For da vil en også se ting fra begge sider. Jeg har tro på å møtes til dialogmøter, og gjerne da innenfor spesifikke områder eller tjenester» (koordinator, Karmøy kommune).*

4.1.3 Haugesund Kommune

Haugesund kommune ligger i Rogaland fylke og har i overkant av 36 000 innbyggere (Pedersen, 2013). Kommunen består av en rekke enheter som har ansvar for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Disse enhetene er: Helse og forebygging, Enhet for psykisk helse og rus, Vedtakskontoret for helse- og omsorgstjenester, Hjemmebaserte tjenester, Enhet for kjøkkendrift, Boligenheten, Tiltaksenheten, omsorgssentrene, Barnevernstjenesten og Nav Haugesund (Pedersen, 2011)

I Haugesund kommune intervjuet vi en leder ved en avdeling i kommunen.

Status for samhandling

Ifølge lederen er det samarbeidsavtalene som ligger til grunn for dagens samhandling med Haugesund Sjukehus. Lederen hevder at kommunen har samhandlet med sykehuset også før samhandlingsreformen ble innført, men at dagens samhandling er mer systematisert inn i samarbeidsavtaler.

Lederen mener at avtalene og rammeverket som ligger til grunn for samhandling er gode, men at kommunen og sykehuset i mange tilfeller har forskjellig forståelse av avtalene og oppgavene. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Avtalene er ganske tydelige, det står ganske tydelig hvilket ansvar som ligger på sykehuset og hvilket ansvar som ligger på kommunene. Det handler mer om at avtalene blir forankret, at det blir brakt ned på lavere nivå» (leder, Haugesund kommune).*

Kommunen etablert spesialavdelinger, samt rehabiliteringsavdeling og mottaksavdeling etter at samhandlingsreformen ble innført. Lederen sier at kommunen i dag opplever at stadig dårligere pasienter blir forventet å skulle ivaretas ute i kommunen, og etterhvert som

kommunen mestrer å ta dårlige pasienter blir grensen flyttet. Kommunen blir tilegnet mer og mer ansvar.

Utfordringer med samhandling

Lederen mener at avtalene og rammeverket som ligger til grunn for samhandling er gode, men at kommunen og sykehuset i mange tilfeller har forskjellig forståelse av avtalene og oppgavene det skal samhandles om. Ifølge lederen kan dette føre til uenighet mellom partene, noe blir understreket i følgende sitat: *«Avtalene ser bra ut, det er mer forståelsen av avtalene som er kime til uenighet. Dette her med at vi forstår avtalene forskjellig. Også er det noe med kjennskapen til avtalene de forskjellige stedene» (leder, Haugesund kommune).*

Lederen opplever at sykehuset definerer pasienten for kommunen, og at de tildeler tjenester på vegna av kommunen. Ifølge lederen ønsker kommunen å vurdere pasienten selv, og at sykehuset skal respektere hva kommunen mener er forsvarlig og nødvendig. Lederen mener at sykehuset holdning bidrar til å skape uenighet mellom partene.

Lederen opplever også at sykehuset ikke har tilstrekkelig forståelse for hvilke typer tjenester kommunen ivaretar, noe som kommer frem i følgende sitat: *«Ut i fra de meldingene vi får, og de vurderingene som sykehuset gjør, så skinner det kanskje gjennom at sykehuset ikke har full forståelse for hva kommunen faktisk ivaretar på de forskjellige nivåene. At de ikke helt ser hvordan kommunen driver» (leder, Haugesund kommune)*

Kommunen gikk nylig over til å kommunisere med sykehuset via e-melding. Lederen opplever at en del dialog går tapt mellom partene via e-melding. Noen ganger er heller ikke informasjonen i meldingene som kommunen mottar fra sykehuset tydelige nok, noe som fører til at kommunen blir nødt til å etterspørre informasjon.

Forutsetninger for samhandling

Lederen mener at en viktig forutsetning for god samhandling er at kommunen og sykehuset har en gjensidig forståelse for hvilket ansvar som ligger til de forskjellige enhetene. Lederen trekker frem hospitering som et viktig element for at partene skal få et nyansert bilde av oppgavene det skal samhandles om. Lederen mener også at det er viktig at partene har respekt for hverandre og har en god dialog.

4.2 Case 2: Helseregion Sør 1

Helseregion Sør 1 er satt sammen av SSHF Kristiansand, Kristiansand kommune og Søgne kommune. Både Kristiansand og Søgne kommune har inngått en overordnet samarbeidsavtale med Sørlandet sykehus. I tillegg til den overordnede avtalen har begge kommunene også inngått 13 delavtaler med sykehuset (Sørlandet Sykehus HF, 2015c, 2015d).

Hensikten med avtalene er å fremme samhandling mellom partene ved å konkretisere oppgaver og ansvarsfordeling, samt å etablere gode rutiner for samarbeid på sentrale områder for samhandling. Avtalen beskriver hvordan det overordnede samarbeidet mellom sykehuset og kommunene er organisert. I avtalen står det at samarbeidet skal utvikles gjennom dialog og likeverdighet, og det skal fokuseres på forbedring og god ressursutnyttelse. Både den overordnede samarbeidsavtalen og de 13 delavtalene er rettslig bindende mellom partene (Sørlandet Sykehus HF, 2015c, 2015d).

4.2.1 SSHF Kristiansand

SSHF Kristiansand er et av totalt tre sykehus innenfor Sørlandet sykehus HF, og er i regionsykehuset for Agder-fylkene. De to andre sykehusene er henholdsvis SSHF Arendal og SSHF Flekkefjord. I tillegg til de tre sykehusene har Sørlandet sykehus HF flere distriktspsykiatriske sentre (DPS) rundt om i Agder-fylkene. Befolkningsgrunnlaget til Sørlandet sykehus HF er på over 290 000 innbyggere fordelt på 30 kommuner (Sørlandet Sykehus, 2014).

I SSHF Kristiansand intervjuet vi to personer, en leder og en koordinator ved sykehuset.

Status for samhandling

Ifølge koordinatoren er kommunene i denne helseregionene veldig flinke til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Koordinatoren hevder at sykehuset har hatt et godt samarbeid med kommunene i mange år, også før samhandlingsreformen ble innført.

Det har blitt opprettet forskjellige samhandlingsarenaer, både et overordnet samarbeidsutvalg og regionale samarbeidsutvalg, hvor sykehuset har jevnlige møter med de tilhørende kommunene. I det overordnede samarbeidsutvalget møtes partene fire ganger i året, og i de regionale samarbeidsutvalgene avholdes det møter rundt seks ganger i året. Lederen mener at samhandlingsarenaer bidrar til å øke partenes forståelse for hverandres hverdag og arbeidssituasjon.

I følge koordinatoren skjer det i dag færre avvik knyttet til forsinket oversendelse av pasientinformasjon for utskrivningsklare pasienter. Koordinatoren mener også at sykehuset har bedre dialog med kommunene enn tidligere, både på overordnet nivå og på enhetsnivå.

Utfordringer med samhandling

Koordinatoren mener at føringene som staten har pålagt, og som begge parter må forholde seg til, har for lite styring. Ifølge koordinatoren er det opp til partene å finne ut av hvordan samhandlingen skal gjennomføres. Koordinatoren mener at sykehuset og kommunene har forskjellig forståelse av oppgavene som det skal samhandles om, noe som til tider fører til dårlig kommunikasjon. Ifølge koordinatoren har kommunene ønsket om å samhandle, men økonomien er ofte for dårlig.

Koordinatoren mener at staten har fordelt midlene knyttet til samhandling for dårlig. På de områdene hvor staten har bevilget midler har det skjedd mye positivt, men på andre sentrale samhandlingsområder, som rehabilitering, har det ikke blitt bevilget noe. Dette har gjort det vanskelig å behandle pasientene på den måten som samhandlingsreformen ønsker.

Ifølge koordinatoren er det også en utfordring at staten gir kommunene større ansvar for spesialisthelsetjenesten uten at de får tilstrekkelige midler og tid til å bygge opp tjenestetilbudet. Det er først og fremst pasienten som blir skadeliggende av denne situasjonen, mener koordinatoren.

Lederen mener at det har vært mye uenigheter knyttet til delavtale 1, som går på ansvar og oppgavefordeling mellom sykehuset og kommunene. Ifølge lederen har disse uenighetene vært en stadig gjenstand for diskusjon, og lederen opplever at kommunene bruker avtalen som en «verneavtale» for å ta imot nye oppgaver. Disse uenighetene har gjort det vanskelig for partene å kommunisere, og det har påvirket tillitsforholdet mellom dem. Dette kommer frem i følgende sitat: «*Sykehuset og kommunen greier ikke å kommunisere med hverandre, kommunene stoler ikke på sykehuset og de har heller ikke hatt noen grunn til å stole på sykehuset*» (leder, SSHF Kristiansand).

Forutsetninger for samhandling

Både koordinatoren og lederen mener at høyt pasientfokus er en forutsetning for samhandling. Overgangene mellom sykehus og kommunene skal være vanskelig å merke for pasienten. De mener også at det bør opprettes bedre samarbeidsarenaer, både på overordnet nivå og enhetsnivå. Samhandlingsarenaer er viktig for at partene skal få en bedre forståelse

for hverandres hverdag og arbeidsområder. Samhandlingsarenaer bidrar også til at partene får en felles forståelse av oppgavene det skal samhandles om, noe som igjen kan bidra til å bygge tillit.

Koordinatoren mener at det er viktig at staten tar en mer aktiv rolle i samhandlingen. Blant annet er det viktig at staten bevilger tilstrekkelig med ressurser for å dekke alle behov innenfor samhandlingen. Koordinatoren mener også at staten må legge klarere føringer for hvordan samhandlingen skal fungere i praksis. Uten tydelige føringer vil det komme veldig forskjellige utslag av samhandling i de forskjellige regionene.

4.2.2 Kristiansand Kommune

Kristiansand kommune ligger i Vest-Agder fylke og har rundt 88 000 innbyggere (Tybakken, 2015). Kommunens helse- og omsorgstjenester er delt inn i forskjellig enheter, som: Barneverntjenester, Bostøtte, Frisklivssentralen, Helsestasjon, Hjemmesykepleie og hjemmehjelp, Støttekontakt, Sykehjem og Ungdomstjenesten.

I Kristiansand kommune intervjuet vi en rådgiver ved kommunen.

Status for samhandling

Ifølge rådgiveren har samhandling mellom kommunen og sykehuset vært viktig i alle år. Hovedgrunnen til at samhandling er viktig er pasientperspektivet, og for at overgangen fra sykehuset til kommunale helsetjenester skal være minst mulig merkbar for pasienten. Rådgiveren mener at partene har de samme gode dialogene som før samhandlingsreformen ble innført.

Kommunen er med i et overordnet samarbeidsutvalget med sykehuset og de andre kommunene. I dette utvalget er det representanter både fra sykehuset og kommunene. Et nivå under har kommunen et regionalt samarbeidsutvalg hvor bare sykehuset og kommunen har møter.

Rådgiveren mener at samhandling vil bli enda viktigere i fremtiden ettersom befolkningen stadig blir eldre. Dette understrekes i følgende sitat: «*Sammensettingen i befolkningen medfører at det er færre personer i arbeid, og flere som vil trenge helsetjenester. Da krever det at stat, kommuner og spesialhelsetjenesten prioriterer sammen og samhandler*» (rådgiver, Kristiansand kommune).

Utfordringer med samhandling

Rådgiveren mener at det er en utfordring at sykehuset og kommunen har forskjellig forståelse av samarbeidsavtalene. I det nye lovverket som kom i 2012 står det ingenting om at det skal overføres oppgaver fra sykehuset til kommunen uten at det skal bevilges penger til det.

Kommunen opplever likevel at sykehuset ønsker å legge flere oppgaver til kommunen uten at de mottar økonomisk støtte.

Rådgiveren mener også at staten burde lagt mer midler i samhandlingen. Når kommunen overtar oppgaver fra sykehuset burde det være helt naturlig at ressurser fulgte med slik at samhandlingen blir mer ryddig og smidig.

Forutsetninger for samhandling

Rådgiveren mener at det er viktig å forstå den andre partens tjenester når det skal samhandles. Rådgiveren mener også at det er viktig at partene er enige i de ulike valgene og beslutningene som tas. Enighet mellom partene gjør det enklere å samhandle om et felles mål.

Ifølge rådgiveren er det viktig at partene er i dialoger hele veien, og at det skapes gode relasjoner slik at det er lett å ta kontakt. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Det må være noen formaliserte strukturer slik at partene kommer i en god dialog med hverandre. Det er også viktig at partene er likeverdige i samhandlingen»* (rådgiver, Kristiansand kommune).

Rådgiveren mener også at det er viktig å være nysgjerrige på nye, gode løsninger. Teknologi bør anvendes der det er mulig for å få bedre arbeidsprosesser i tjenestene og får å slippe å bruke unødvendig tid. Rådgiveren mener at teknologi kan gi muligheter for standardisering av oppgaver og bedre kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset.

4.2.3 Søgne Kommune

Søgne kommune ligger i Vest-Agder fylke og har rundt 11 000 innbyggere (Geir Thorsnæs, 2013). Kommunens helsetjenester består av to avdelinger: Avdeling for forebyggende helsetjenester og avdeling for fysioterapi og ergoterapi. I tillegg til de to overordnede avdelingene består helsetjenestene av tre fagområder; miljørettet helsevern, kurativ helsetjeneste og familiesenteret (Søgne kommune, 2014).

I Søgne kommune intervjuet vi en leder ved kommunen.

Status for samhandling

Kommunen samhandler med sykehuset via IT-systemet E-link. Lederen er fornøyd med innføringene av dette systemet, noe som kommer frem i følgende sitat: *«Systemet fungerer bra, det er mye lettere å holde kontakten nå enn tidligere» (leder, Søgne kommune)*. Før E-link ble innført foregikk kommunikasjonen med sykehuset via telefon. Bruken av telefon førte ofte til at kommunen ikke kom i kontakt med de riktige ansatte i sykehuset. Ifølge lederen har innføringen av E-link fjernet en god del ventetid for de ansatte i kommunen.

Lederen mener at de ansatte i kommunen bruker mindre tid i telefonen enn tidligere. Med E-link går kommunikasjonen direkte til de riktige avdelingene, samtidig som informasjon om pasienten blir dokumentert i pasientjournalene.

Lederen mener at både kommunen og sykehuset er flinke til å samhandle. Ifølge lederen har det likevel vært tilfeller hvor kommunen har vært nødt til å be sykehuset om å la utskrivningsklare pasienter være lengre på sykehuset. Lederen vurderer også statens innsats i samhandlingen som bra. Ifølge lederen har kommunen fått nok midler til å gjennomføre samhandlingen, og føringene for samhandling er klare nok.

Utfordringer med samhandling

Lederen mener at det er en utfordring å få gode beskrivelser om utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Lederen mener også at det er utfordrende å gjøre samarbeidsavtalene kjent på alle nivåene i kommunen. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Avtalene er gjort kjent på overordnet nivå, men i den travle hverdagen har det vært en utfordring å gjøre avtalene kjent også på lavere nivå» (leder, Søgne kommune)*.

Lederen mener at innholdet i kommunikasjonen mellom partene har blitt dårligere etter de gikk over fra å kommunisere via telefon til E-link. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Informasjonen er blitt dårligere, fordi gjennom telefon kan man spørre mer utfyllende om informasjon om pasienten. Noen ganger er det nødvendig å få mer informasjon utfyllende informasjon om pasienten, og da strekker ikke E-link helt til» (leder, Søgne kommune)*.

Selv om lederen mener at sykehuset er flinke til å samhandle, mener han likevel at kommunikasjonen fra sykehuset noen ganger er for dårlig. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Noen ganger har sykehuset glemt å melde ifra til kommunen om utskrivningsklare pasienter. I disse tilfellene har kommunen fått melding om at pasienten er skrevet inn på sykehuset og er utskrivningsklar samme dag» (leder, Søgne Kommune)*.

Forutsetninger for samhandling

Lederen mener at en forutsetning for samhandling er økt kunnskap om pasientens tilstand på tvers av enhetene. Lederen mener også at det er viktig å motta tilstrekkelige ressurser for å videreutvikle helsetilbudet i kommunene.

4.3 Case 3: Helseregion Sør 2

Helseregion Sør 2 er satt sammen av SSHF Arendal, Grimstad kommune og Lillesand kommune. Både Grimstad og Lillesand kommune har inngått en overordnet samarbeidsavtale med Sørlandet sykehus. I tillegg til den overordnede avtalen har begge kommunene også inngått 13 delavtaler med sykehuset (Sørlandet Sykehus HF, 2015a, 2015b).

Avtalene er ment å fremme samhandling mellom partene ved å konkretisere oppgaver og ansvarsfordeling, samt å etablere gode rutiner for samarbeid på sentrale områder for samhandling. Avtalen beskriver hvordan det overordnede samarbeidet mellom sykehuset og kommunene er organisert. I avtalen står det at samarbeidet skal utvikles gjennom dialog og likeverdighet, og det skal fokuseres på forbedring og god ressursutnyttelse. Både den overordnede samarbeidsavtalen og de 13 delavtalene er rettslig bindende mellom partene (Sørlandet Sykehus HF, 2015a, 2015b).

5.3.1 SSHF Arendal

SSHF Arendal er et av de tre sykehusene innenfor Sørlandet sykehus HF, og regionsykehuset for Agder-fylkene. De to andre sykehusene er henholdsvis Kristiansand sykehus og Flekkefjord sykehus. I tillegg til de tre sykehusene har Sørlandet sykehus HF flere distriktpsykiatriske sentre (DPS) rundt om i Agder-fylkene. Befolkningsgrunnlaget til Sørlandet sykehus HF er på over 290 000 innbyggere fordelt på 30 kommuner (Sørlandet Sykehus, 2014).

I SSHF Arendal intervjuet vi en leder ved sykehuset.

Status for samhandling

Sykehuset samhandler i dag med kommunene via e-melding. Sykehuset bruker e-melding til å søke om tjenester på vegne av pasienten ved at pasientens behov for hjelp i kommunene blir beskrevet. Det er kommunene som avgjør hvilket tilbud pasienten får, og kommunene ønsker derfor ikke at sykehuset angir hvilket tilbud pasienten skal ha. Kommunen vil ha en beskrivelse av tilstanden til pasienten, og så angir sykehuset ønsker fra pasienten. Lederen

mener at innføringen av e-melding har gjort kommunikasjonen med kommunene mye bedre enn tidligere.

Sykehuset samhandler med kommunen med undervisning av helsepersonell. Lederen sier at sykehuset arrangerer undervisningsdager hvor både ansatte i sykehuset og kommunene blir inviterte. Ifølge lederen har ikke sykehuset jevnlige, planlagte møter med kommunene. Ledelsen i sykehuset har årlige møter med representanter fra kommunene, og det avholdes sporadiske møter på lavere nivå. Når det skjer store endringer avholdes det møter oftere, men per i dag er det ingen systematikk i det.

Lederen vurderer kommunene som flinke til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det har vært enkelte tilfeller hvor noen pasienter har blitt værende på sykehuset etter de ble meldt utskrivningsklare, men totalt sett har dette fungert bra.

Ifølge lederen har enkelte sykehjem overtatt tjenester som før var underlagt spesialhelsetjenesten, som intravenøs behandling. Lederen mener at kommunene i dag tar imot pasienter tidligere enn før, dette blir understreket i følgende sitat: *«Før var det mye diskusjoner med kommunen hvor de argumenterte om at de ikke hadde plass til pasientene, de diskusjonene er nå helt fjernet (leder, SSHF Arendal)»*.

Utfordringene med samhandling

Lederen mener at mange av utfordringene er knyttet til kommunikasjonen mellom partene. Sykehuset har ofte sene visitter som kan medføre at arbeidsoppgaver forskyves. Dette fører til at pasienten ofte blir overført til kommunene på kveldstid. I mange tilfeller har ikke sykehuset fått tid til å skrive nødvendig informasjon om pasientene før de overføres. Når pasientene ankommer kommunene på kveldstid er det også færre ansatte på jobb enn på dagtid.

Lederen mener at størrelsen på kommunene har noe å si på hva slags problemer som kan oppstå i samhandlingen, dette understrekes i følgende sitat: *«Det kan virke som de store kommunene har mer problemer, men de har også mer ressurser. Det har ikke de små kommunene, og når ting blir komplisert har ikke kommunene nok ressurser. Dette er utfordringer på forskjellige nivåer» (leder, SSHF Arendal)*.

Ifølge lederen har ikke sykehuset innsikt i hva som skjer med pasienten når de blir overtatt av sykehuset. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Når det er så mange kommuner er det vanskelig å holde oversikten» (leder, SSHF Arendal).*

Forutsetninger for samhandling

Lederen mener at en forutsetning for samhandling er å få til jevnlige møter mellom begge parter hvor erfaring og utfordringer deles. God kommunikasjon er også viktig, og ifølge lederen er det ekstra viktig med god kommunikasjon når det skjer store endringer. Lederen mener at det er viktig at partene å definerer arbeidsområder som det skal samhandles om. Det er også nødvendig med høyere pasientfokus.

4.3.2 Grimstad Kommune

Grimstad kommune ligger i Aust-Agder fylke og har et innbyggertall på rundt 22 000 (Nilsen, 2012). Kommunen tilbyr en rekke helsetjenester til sine innbyggere, blant annet: Legevakt, helsestasjon, fastleger, hjemmesykepleie/hjemmetjeneste, psykisk helse, demenskoordinator, familiens hus, lindrende koordinator, dagsenter, kommunal bolig, avlastning og støttekontakt (Grimstad kommune, 2014).

I Grimstad kommune har vi intervjuet en leder.

Status for samhandling

Kommunen samhandler med sykehuset via systemet E-link, og de aller fleste henvendelser skjer i dag via elektronisk samhandling. I E-link er det implementert en funksjon for responstid som gjør at begge parter er nødt til å svare innenfor en viss tid etter at de mottar melding.

Lederen mener at samarbeidsavtalene er grunnlaget for samhandlingen med sykehuset.

Avtalene beskriver hva begge parter er pliktet til å gjøre. Ifølge lederen forsøker kommunen å følge avtalene etter hvordan de er beskrevet, men noen ganger oppdages det punkter som må endres.

Kommunen har mulighet til å endre avtalene én gang i året. Det har vært tilfeller der kommunen har ønsket å endre punkter ved avtalen, for eksempel innenfor utskrivning av pasienter. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Vi ønsket å avtalefeste at pasientene ikke skal ankomme kommunen senere enn klokken 15.00, men det fikk vi ikke gjennom. Det er fortsatt enkelte ting ved avtalene som ikke er helt optimalt, men stort sett fungerer det bra» (leder, Grimstad kommune).*

Ifølge lederen har samhandlingen mellom partene ført til et økt pasientfokus, og de ansatte er nå mer bevisste på hva pasientene trenger. Lederen mener blant annet at pasientforløpene mellom kommunen og sykehuset er blitt mer forutsigbare. Kommunen har også fått i gang en hospiteringsordning med sykehuset. Lederen mener at denne ordningen har ført til at kommunen og sykehuset har fått større forståelse for hverandres arbeidssituasjon.

Lederen hevder at kommunen både har viljen og evnen til å samhandle med sykehuset. Kommunen deltar blant annet i prosjekter sammen med sykehuset hvor de har innført sjekklistor for hvilke utfordringer de har. På overordnet nivå møtes kommunen og sykehuset rundt fire ganger i året, mens på andre nivå er det mer vilkårlig. Totalt mener lederen at det avholdes møter med sykehuset minst én gang i måneden.

Lederen mener at sykehuset har vilje til å samhandle, men at de har litt større utfordringer med å innføre nye rutiner enn hva kommunen har. Dette understrekes i følgende sitat: *«Det er kortere vei fra toppleder til de som jobber direkte med brukerne i kommunen enn i sykehuset, det tar lenger tid for sykehuset» (leder, Grimstad kommune)*. Lederen mener også at staten har lagt gode nok føringer for samhandlingen.

Utfordringer med samhandling

Lederen mener at styrkeforholdet mellom kommuner og sykehus er ujevnt, noe som kommer frem i følgende sitat: *«Ansatte på sykehuset har hatt en tilnærming til kommunen at de bestiller hva pasienten trenger, men dette ønsker ikke kommunen» (leder, Grimstad kommune)*.

Lederen mener også at holdningene til sykehuset har skapt litt mistillit i kommunen, dette understrekes i følgende sitat: *«Ansatte i sykehuset kan noen ganger føle at ansatte i kommunen ikke har den riktige kompetansen innenfor områder som kommunen faktisk har god kompetanse, de tror ikke kommunen greier oppgavene» leder, Grimstad kommune*.

Ifølge lederen føler kommunen et større ansvar for å følge opp det som står i avtalene enn det sykehuset gjør. Lederen mener også at kommunen ikke har mottatt tilstrekkelige midler til å ta over de oppgavene som er forventet av kommunen. Lederen mener at staten ikke har gjort gode nok vurderinger av samhandlingen. Det er en utfordring for kommunen å overta tjenester fra sykehuset uten å motta midler fra staten.

Forutsetninger med samhandling

Lederen mener at respekt for hverandre, og å se på hverandre som likeverdige parter, er viktige forutsetninger for samhandling. Det er også viktig at partene får kunnskap om hverandres arbeidssituasjon, og at samarbeidsavtalene blir gjort kjent på alle nivåer både i kommunen og sykehuset. Lederen mener også at teknologiske verktøy som E-link gjør samhandlingen lettere.

4.3.3 Lillesand Kommune

Lillesand kommune ligger i Aust-Agder fylke og består av rundt 10 000 innbyggere (Smith-Meyer 2015). Kommunen yter en rekke ulike helsetjenester for sine innbyggere, og disse tjenestene består blant annet av: Avdeling for tjenestekontor, enhet for barnevern, avdeling for familiesenteret, enhet for habilitering, avdeling for helsestasjon, enhet for tverrfaglig helse, NAV, enhet for omsorg og enhet for psykisk helse og rus (Lillesand kommune, 2014).

I Lillesand kommune intervjuet vi en leder med erfaring fra helse.

Status for samhandling

Lederen mener at samarbeidsavtalene har gjort det tydelig hvordan partene skal samarbeide med hverandre, blant annet i forhold til utskrivningsklare pasienter. Ifølge lederen skal sykehuset varsle ifra til kommunen om forventet utskrivningsklar dato for hver enkelt pasient. Hvis kommunen ikke klarer å ta imot pasienten blir de fakturert for 4000 kr per døgn pasienten blir liggende på sykehuset.

Det har blitt opprettet et samarbeidsutvalg, kalt Knutepunkt Sørlandet, hvor kommunene og sykehuset møtes og deler erfaringer. I tillegg har det også blitt opprettet regionale samarbeidsutvalg hvor partene gjennomgår forskjellige prosjekter knyttet til samhandling. Disse prosjektene kan ha til hensikt å minske sykehusinnleggelse eller undersøke hvordan pasienter kan følges opp på en bedre måte.

Kommunen og sykehuset har inngått en gjensidig avtale som går ut på at begge parter skal ta imot ansatte på hospitering. Ifølge lederen jobber begge parter for tiden med forslag på hospiteringstilbud. Disse forslagene skal godkjenne for å sikre god kvalitet på hospiteringen. Selv om denne ordningen fortsatt er ganske fersk har lederen tro på at dette kan bli veldig bra.

Lederen opplever at sykehuset prøver å samhandle, men at det virker som sykehuset synes det er utfordrende å endre måten de jobber på. Dette kommer frem i følgende sitat:

«Sykehuset er en stor organisasjon, og man får en følelse av at de har holdt på med sitt ganske lenge» (leder, Lillesand kommune).

Lederen mener at kommunen prøver å samhandle med sykehuset, og det har blitt brukt mye tid og ressurser på å utvikle samarbeidsavtalene. Lederen mener at de ikke mottar nok penger til å utvikle tjenestetilbudet, men presiserer at tildelingen av midler også avhenger av hvor godt utviklet tjenestene allerede er i kommunene. Lederen mener likevel at grunnen til at de ikke mottar nok penger er fordi staten ikke har gjort en god nok vurdering av kostnadene knyttet til samhandlingen.

Utfordringer med samhandling

Lederen mener at det er en utfordring at kommunen har mange andre områder enn helsetjenester som også skal ivaretas. Ifølge lederen er det en konkurranse om ressursene i kommunen, og det er ikke bare samhandlingsreformen som kan prioriteres. Lederen mener at denne mangelen på ressurser kan føre til dårlig samhandling.

Forutsetninger for samhandling

Lederen mener at det viktig å ha kunnskap om begge parter arbeidsområder dersom samhandlingen skal fungere. Ifølge lederen kan økt kunnskap om hverandres arbeidsområder gi økt kunnskap om utfordringene som begge parter har. For å få dette til er det viktig å ha jevnlig møter for å skape tillit til hverandre. Lederen mener at det er viktig at staten gjennomfører bedre vurderinger av samhandlingen for å kunne bevilge nok penger. Lederen mener også at kommunen trenger mer handlingskraft over egne ressurser.

4.4 Case 4: Helseregion Øst

Helseregion Øst er satt sammen av Sykehuset Østfold, samt de to kommunene Fredrikstad og Spydeberg. Sykehuset Østfold har hatt en forpliktende samarbeidsavtale med kommunene i Østfold siden 2005. Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012 ble partene pålagt å lage en ny avtale som var tilpasset samhandlingsreformen. Sykehuset og kommunene utarbeidet en ny avtale i felleskap som ble godkjent av kommunestyrene i Østfold og styret i Sykehuset Østfold i januar/februar 2012 (Sykehuset Østfold, 2015b).

Samarbeidsavtalen består av en overordnet samarbeidsavtale med 16 tilhørende retningslinjer. Disse avtalene er like både for Fredrikstad og Spydeberg (Sykehuset Østfold, 2015c). Avtalen skal sikre en klar og hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver mellom

kommunen og Sykehuset Østfold. Dette innebærer forutsigbarhet for partenes planlegging og budsjettering av de ulike oppgavene som hver har ansvar for (Sykehuset Østfold, 2015b).

4.4.1 Sykehuset Østfold

Sykehuset Østfold er et områdesykehus for innbyggerne i Østfold fylke.

Befolkningsgrunnlaget til sykehuset er på over 280 595 innbyggere (Sykehuset Østfold, 2015a). Sykehuset i Østfold er en del av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst, og gir spesialhelsetjenester innenfor kirurgiske og medisinske fagområder, psykiatri, prehospital akuttmedisin og radiologi og laboratoriefag (Sykehuset Østfold, 2014).

I Sykehuset Østfold har vi intervjuet en leder ved sykehuset.

Status for samhandling

Lederen mener at sykehuset hadde gode samarbeidsavtaler også før samhandlingsreformen ble innført. Ifølge lederen er pasienten i fokus for alt de gjør, og samhandling er spesielt viktig ettersom de ulike tjenestene i sykehuset og kommunene organiserer forskjellig, med forskjellig ledelse og rutiner. Dette kommer frem i følgende sitat: *«For at pasienten skal føle at tjenestene henger sammen, og at det er en helhet i behandlingen, så er det viktig å samhandle. Hverken sykehuset eller de kommunale helsetjenestene kan løse alle de forskjellige helseproblemene alene, partene er avhengige av hverandre» (leder, Sykehuset Østfold).*

Ifølge lederen samhandles det i dag særlig i forhold til utskrivning av pasienter fra sykehuset til kommuneenheten. Sykehuset betaler 30 millioner kroner hvert år til kommunene for at de kan styrke kompetansen og organiseringen av tjenestene slik at de kan ta imot pasientene fra sykehuset forttere. Hvis kommunen ikke klarer å ta imot pasientene må de betale 4000 kr til sykehuset. Lederen mener at det i dag er færre utskrivningsklare pasienter på sykehuset enn tidligere.

Sykehuset og kommunene opprettet et fellesutvalg i 2005 kalt Administrativt samarbeidsutvalg. I dette utvalget sitter det representanter fra både sykehuset og kommunene. Her kan saker fremmes gjennom medlemmer. Sakene drøftes og blir diskutert med andre interessenter, før det gjøres et vedtak. Lederen hevder at dette utvalget ble opprettet for at partene skal være leveringsdyktige og for å ta opp de rette sakene knyttet til samhandling.

Lederen mener at staten har spilt en avgjørende rolle for samhandling, særlig i forhold til det å pålegge visse ting. Ifølge lederen har føringene som staten har lagt vært helt avgjørende for

at det skulle skje noe, dette understrekes i følgende sitat: «*Det var riktig av staten å pålegge samhandlingen, og det var også riktig å la partene finne praktiske løsninger for samhandlingen*» (leder, Sykehuset Østfold).

Forutsetninger for samhandling

Lederen mener at høy tillitt og et felles fokus på behandlingen av pasienten skaper et godt samhandlingsgrunnlag. Ifølge lederen er det viktig at sykehuset og kommunene enige om hva som er riktig for pasienten. Vedtaksmyndighet på møteplassene og overordnede, formaliserte og bindende avtaler mellom partene er også viktig. Lederen mener at det administrative samarbeidsutvalget har vært en viktig forutsetning i forhold til utviklingen og den konkrete gjennomføringen av samhandlingen.

Utfordringer ved samhandling

Lederen mener at mistillit og dårlig kommuneøkonomi er de største utfordringene med samhandling. Den dårlige kommuneøkonomien hemmer kommunenes evne til å samhandle, og samhandlingssjefen mener at mange kommuner mangler den nødvendige kompetansen som skal til.

4.4.2 Spydeberg Kommune

Spydeberg kommune ligger i Østfold fylke og har et innbyggertall på rundt 5500 (Geir Thorsnæs, 2015). Kommunen yter en rekke helsetjenester for sine innbyggere. Kommunen har familierelaterte tjenester som: Barnevern, fysioterapitjenesten, psykisk helse, helsestasjon, akutt og krisehjelp, fastlege og støttekontakt (Ertnes, 2013). I tillegg har kommunen også tjenester for pleie og omsorg, som: Hjemmetjeneste, sykehjem, trygde og omsorgsbolig, dagtilbud og demenskoordinator (Knoff, 2013).

I Spydeberg kommune intervjuet vi en leder ved en avdeling i kommunen.

Status for samhandling

Kommunen og sykehuset har drevet en form for samhandling lenge, men det nye lovverket som kom med samhandlingsreformen lovpålagte samhandlingen. Lederen mener at kommunens lange historie med samhandling har fungert som et godt grunnlag for videre samhandling med sykehuset. Lederen mener at prinsippene og intensjonene i samhandlingsavtalen er gode, men at det er utfordringer i forhold til praktisk gjennomføring av samhandlingen.

Lederen mener at samarbeidet med sykehuset har blitt bedre etter at samhandlingsreformen ble innført, og kommunene får klarere beskjed når pasienter skal overtas. Kommunen har innført E-link og systemet fungerer bra. Lederen mener at det er god dialog mellom ledernivåene i kommunen og sykehuset, men at det merkes at sykehuset har en travel hverdag.

Utfordringer med samhandling

Lederen mener at prinsippene og intensjonene i samarbeidsavtalene er gode, men at det i den praktiske hverdagen oppstår kommunikasjonssvikt, feil og avvik når partene skal informere sine ansatte. Lederen mener at det er en del utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføringen av samhandlingen, noe som understrekes i følgende sitat: *«Teorien og rutinene er gode, og lederne i kommunene og sykehuset er veldig positive og samarbeidsvillige. Men når det kommer til den praktiske og travle hverdagen så er samhandlingen vanskelig for begge parter» (leder, Spydeberg kommune)*

Ifølge lederen prøvde kommunen å få til motivasjons- og opplæringsdager for ansatte i kommunen og sykehuset, både for å gi de ansatte utfyllende opplæring og for at partene skulle bli kjent med hverandre. Dette klarte de aldri å gjennomføre i særlig grad. Lederen hevder at dette har påvirket informasjonsflyten mellom partene, og at samhandlingen bærer preg av å være litt vilkårlig.

Lederen mener at det kan være utfordrende å få utfyllende opplysninger og svar fra sykehuset. Ofte når kommunen skal vurdere en pasient er de avhengige av umiddelbare svar fra sykehuset. Lederen hevder at det i mange tilfeller går lang tid før sykehuset svarer når kommunen har sendt spørsmål via E-link. Dette gjør det vanskelig for kommunen å gjøre nødvendige vurderinger av pasientene.

Lederen mener at staten har lagt tydelige føringer for samhandling, men at enkelte ansvarsområder mellom parten fortsatt er litt uklare. Ifølge lederen har staten beskrevet hvor grensen går mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester, men den er ikke klar for de ansatte i kommunene. Lederen mener at staten har ansvar for å avklare hvor denne grensen går.

Lederen hevder at sykehuset og kommunen har hatt en egen hospiteringsavtale i mange år, men at det har vært vanskelig å gjennomføre over lengre tid, det er for dyrt. Dårlig økonomi har også ført til at det har tatt lang tid å innføre IT-systemer i kommunen

Forutsetninger for samhandling

Lederen mener det burde arrangeres hele temadager for ansatte både i kommunene og sykehuset, der samarbeidsavtaler, rutiner og prosedyrer gjennomgås og gjøres kjent for de ansatte. Ifølge lederen er god kommunikasjon mellom partene en viktig forutsetning for å kunne samhandle.

4.4.3 Fredrikstad Kommune

Fredrikstad kommune ligger i Østfold fylke og har rundt 78 000 innbyggere (Geir Thorsnæs, 2014). Kommunens helsetjenester deles inn i to overordne virksomheter: Medisinske tjenester og Friskliv og mestring. Medisinske tjenester har følgende oppgaver: Fastlege-tjenesten, samfunnsmedisinske oppgaver, medisinsk behandling og rehabilitering, legevakten og medisinsk nødmeldetjeneste. Friskliv og mestring har følgende oppgaver: Fysioterapitjenester, ergoterapitjenester, rådgivning om individuelle planer, lærings- og mestringssenter, rus- og psykisk helsearbeid, aktivitet, feltpleie, forebygging regionale og klage på helsetjenester (Fredrikstad kommune, 2014).

I Fredrikstad kommune har vi intervjuet en konsulent ved en avdeling i kommunen.

Status for samhandlingen

Kommunen er med i Administrativt samarbeidsvalg som består av representanter fra Sykehuset Østfold og kommunene i Østfold fylke. Ifølge konsulenten møtes partene i dette utvalget rundt åtte-ni ganger i året. På overordnet nivå avholdes det i tillegg også partnerskapsmøter, hvor lederne i kommunene og sykehuset deltar. Partnerskapsmøtene avholdes et par ganger i året.

I forhold til pasientbehandling samhandler kommunen med sykehuset via e-meldingsutveksling og telefonkontakt. Meldingsutvekslingen går via systemet E-link, som også sykehuset bruker. I enkelte tilfeller er også representanter fra kommunen på besøk hos sykehuset for å prate med personell og pasienter.

Konsulenten mener at staten har lagt gode føringer for samhandlingen, og at tilpasningen og tolkningen som har blitt gjort på et overordnet nivå i fylket også har vært bra. Konsulenten mener at prosedyrene og retningslinjene som har kommet har vært veldig gode.

Konsulenten mener at kommunen har hatt en stor vilje til å samhandle. Når samhandlingsreformen ble innført i 2012 opprettet kommunen sengeposter for å få til en raskere utskrivning fra sykehuset. Ifølge konsulenten hadde ikke kommunen noen utgifter på

utskrivningsklare pasienter dette året, men året etter hadde de litt større utfordringer. Dette kommer frem i følgende sitat: *«I 2013 måtte vi betale for noen pasienter, og i 2014 måtte vi betale for litt flere, men med tanke på at det er rundt 80 000 innbyggere i området så var ikke kostnadene så store»* (konsulent, Fredrikstad kommune). Etter at samhandlingsreformen ble innført har kommunen etablert mer avansert behandling i kommunen, og de har overtatt tjenester fra sykehuset.

Utfordringer med samhandling

Ifølge konsulenten har kommunen utfordringer knyttet til behandlingsområdet rus og psykiatri. Konsulenten mener at det er vanskelig å bygge opp et godt nok tilbud i kommunen. Konsulenten mener også at det har vært utfordrende å utdanne personell til å ta over tjenestene fra sykehuset. Kommunen har i tillegg mistet ansatte til sykehuset, noe som kommer frem i følgende sitat: *«Det startet en videreutdanning på høgskolen, der bestilte kommunen plasser for ansatte. Det som skjedde var at flere av de ansatte fra kommunen ble ansatt på sykehuset»* (konsulent, Fredrikstad kommune).

Konsulenten mener at lederne i sykehuset kjenner til samarbeidsavtalene dårlige enn lederne i kommunen. Konsulenten mener også at kommunen har vært flinkere til å oppdatere sine ansatte med de nye prosedyrene som kom med samhandlingsreformen. Konsulenten opplever også et skille i forhold til likeverdighet, de mener at sykehuset krever styringsretten i enkelte tilfeller.

Konsulenten mener at viljen til å samhandle er større i kommunen enn i sykehuset. I følge konsulenten har kommunen prøvd å argumentere for å få til en bedre samhandling med sykehuset, uten hell. Dette kommer frem i følgende sitat. *«Vi har prøvd å få til en lege-til-lege samtale for å finne ut en bedre løsning, uten å lykkes»* (konsulent, Fredrikstad kommune).

Tidligere hadde kommunen en aktiv hospiteringsløsning med sykehuset, men ifølge konsulenten var denne veldig ensidig. Dette kommer frem i følgende sitat: *«Det har vært kommunale ansatte som har ønsket å hospitere på sykehuset, men det har bare vært et tilfelle hvor en ansatt fra sykehuset har vært i kommunen»* (konsulent, Fredrikstad kommune).

Forutsetninger for samhandling

Konsulenten mener at det er viktig at partene får forståelse for hverandres arbeidsområder og utfordringer. Forståelsen bør først forankres hos mellomlederne i kommunen og sykehuset, og deretter ned gjennom alle nivåene. Ifølge konsulenten vil dette gi økt kunnskap gjennom

hele organisasjonen, både i kommunen og sykehuset. Dette kommer frem i følgende sitat:

«Alle ansatte kan ikke være på hospitering, og da må man tenke på nøkkelpersoner som kan spre en holdning og informasjon. Her er mellomlederne viktige» (konsulent, Fredrikstad kommune). Konsulenten mener også at det er viktig at partene er likeverdige i samhandlingen.

5. Analyse og diskusjon

I dette kapittelet vil vi analysere og diskutere funn fra casestudiene opp mot forskningsspørsmålet: «*Hvordan kan prosessorientering bidra til å løse samhandlingsutfordringer mellom norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester?*»

For å svare på dette ønsker vi å fokusere på de ulike utfordringene og forutsetningene som vi har avdekket i de ulike casestudiene. Vi vil starte med å analysere de ulike utfordringene som blir nevnt i casebeskrivelsene, og deretter vil vi analysere de ulike forutsetningene som blir nevnt i casebeskrivelsen.

5.1 Utfordringer med samhandling

Vi har valgt å fokusere på utfordringer fordi vi ønsker å undersøke om prosessorientering kan bidra til å løse de ulike samhandlingsutfordringene som sykehus og kommuner opplever. For å analysere de ulike utfordringene vi har avdekket i casebeskrivelsene, vil vi anvende litteraturen om prosessorientering som er beskrevet i litteraturgjennomgangen.

Vi har samlet sammen alle utfordringene som vi har avdekket fra samtlige casestudier, gruppert dem og satt dem inn i tabellen under. Totalt har vi avdekket åtte forskjellige utfordringer som sykehus og kommuner opplever i forbindelse med samhandlingen.

Nr.	Utfordringer:	Kommuner:	Sykehus:
1	Dårlig kommunikasjon	Karmøy, Haugesund, Søgne, Spydeberg	Haugesund Sykehus, SSHF Kristiansand, SSHF Arendal
2	Forskjellige IT-systemer	Karmøy	Haugesund Sykehus
3	Mangel på forståelse av hverandres tjenester	Karmøy, Haugesund	
4	Mangel på styring fra staten	Karmøy, Grimstad, Lillesand, Spydeberg	SSHF Kristiansand
5	Mangel på ressurser	Karmøy, Lillesand, Kristiansand, Grimstad, Spydeberg, Fredrikstad	Haugesund Sykehus, SSHF Kristiansand, SSHF Arendal, Sykehuset i Østfold
6	Mangel på tillit	Karmøy, Haugesund, Grimstad	Haugesund Sykehus, SSHF Kristiansand, Sykehuset Østfold

7	Samarbeidsavtalene	Haugesund, Kristiansand, Søgne, Spydeberg, Fredrikstad	
8	Ujevnt styrkeforhold mellom partene	Karmøy, Haugesund, Grimstad, Fredrikstad	

Tabell 6: Utfordringer fra resultatene

I de kommende avsnittene vil vi analysere og diskutere hver enkelt utfordring i tabellen over. Vi vil starte med å beskrive hvor mange sykehus og kommuner som nevner de enkelte utfordringene, og vi vil diskutere hva vi antar disse funnene betyr for samhandlingen.

Deretter vil vi presentere opptil tre eksempler på utfordringen fra casestudiene. Etter det vil vi beskrive hvilke implikasjoner den enkelte utfordringen har for samhandlingen mellom sykehus og kommune. Til slutt vil vi komme med forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering for å bidra til å løse de ulike samhandlingsutfordringene.

5.1.1 Utfordring 1: Dårlig kommunikasjon

Tabell 6 viser at totalt fire kommuner og tre sykehus nevner utfordringer knyttet til dårlig kommunikasjon. Ettersom denne utfordringen blir nevnt av flere kommuner og sykehus fra samtlige casestudier, antar vi at dette er en utfordring de fleste sykehus og kommuner opplever.

Et eksempel på denne utfordringen er fra case 2, hvor lederen fra Søgne kommune hevder at SSHF Kristiansand noen ganger glemmer å melde ifra til kommunen om utskrivningsklare pasienter. Et annet eksempel er fra case 3, hvor lederen fra SSHF Arendal sier at sykehuset har utfordringer med å sende med informasjon om pasienter som er utskrivningsklare.

Lederen begrunner dette med at sykehuset har sene visitter og at de av den grunn ikke alltid får tid til å skrive nødvendig informasjon om pasienten. Et tredje eksempel er fra case 4, hvor lederen ved Spydeberg hevder at sykehuset ofte bruker lang tid på å svare når kommunen stiller spørsmål de trenger svar på for å kunne vurdere en pasient.

Utfordringens implikasjoner på samhandlingen

Dårlig kommunikasjon mellom sykehuset og kommunene kan by på flere utfordringer. At sykehuset glemmer å gi beskjed til kommunen om utskrivningsklare pasienter kan medføre at kommunen ikke får tid til å planlegge hvilken behandling pasienten skal få før ankomst. Mangel på informasjon om pasienten, og mangel på svar fra sykehuset, gjør det vanskelig for kommunene og vurdere hvilket behandlingstilbud de skal gi pasienten.

Forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering

Prossessorientering kan forbedre kommunikasjonen mellom kommunene og sykehusene ved at de ulike prosessene i et pasientforløp som det samhandles om blir definert og kartlagt. For å få dette til må det opprettes prosesseiere til hver prosess. Hensikten med prosesseiere er at en person har ansvaret for prosessen fra begynnelse til slutt. Innføringen av prosesseiere er avhengig å være støttet av ledelsen i sykehuset og kommunene for å kunne fungere (Kohlbacher, 2010).

Ansvarsområdene og aktivitetene knyttet til behandlingen må deretter beskrives (Gemmel et al., 2008; Vos et al., 2008). Partene vil da til enhver tid ha oversikt over hvem som har ansvaret for behandlingen, og hva som må gjøres (Vos et al., 2008). Dette vil skape bedre samarbeid og kommunikasjon på tvers av kommunene og sykehus, og mulige konflikter i samhandlingen vil minimeres (Tang et al., 2013). Ansatte fra begge parter vil også bli oppmuntret til å samarbeide og oppnå et felles mål (Gemmel et al., 2008; Kohlbacher & Reijers, 2013; Vos et al., 2008).

5.1.2 Utfordring 2: Forskjellige IT-systemer

Tabell 6 viser at totalt én kommune og et sykehus fra samme casestudie nevner utfordringer knyttet til at partene har forskjellige IT-systemer. Vi antar at årsaken til at denne utfordringen ikke nevnes av flere skyldes at partene mangler tilstrekkelig IT-kompetanse, og at de har vanskelig for å vurdere behovet for gode IT-løsninger i samhandlingen.

Et eksempel på denne utfordringen er fra case 1, hvor koordinatoren fra Karmøy kommune sier at systemene til kommunen og sykehuset ikke snakker sammen, og at kommunen blant annet ikke har mulighet til å legge til vedlegg i e-melding. Dette medfører at eventuelle vedlegg må sendes per post. Et annet eksempel er også fra case 1, hvor koordinatoren fra Haugesund Sjukehus mener at det er en utfordring at de ulike kommunene bruker forskjellige pasientjournal-systemer. Videre mener koordinatoren at kommunene og legekantorene mangler tilstrekkelig teknisk kompetanse.

Utfordringens implikasjoner på samhandlingen

At kommunene og sykehuset har forskjellige IT-systemer mener vi kan føre til både dårlig kommunikasjon, dårlig informasjonsflyt og økt ventetid. Mesteparten av kommunikasjonen og samhandling mellom partene foregår elektronisk, og begge partene er i mange tilfeller avhengig av å få umiddelbare svar fra hverandre.

Forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering

Denne utfordringen kan først og fremst løses ved at alle kommuner og sykehus som samhandler implementerer og kommuniserer gjennom samme IT-system. Implementering av samme IT-system stemmer også godt overens med litteraturen vi har funnet om prosessorientering.

IT-system som integrerer all informasjonen som strømmer på tvers av partene støtter prosessstakegangen, og for å få dette til må partene implementere samme system (Kohlbacher, 2010). Et felles system vil bidra til å eliminere flaskehalser som ventetid på informasjon om pasienter som må sendes gjennom flere ulike system istedenfor gjennom ett system.

5.1.3 Utfordring 3: Mangel på forståelse av tjenester

Tabell 6 viser at totalt to kommuner fra samme casestudie nevner utfordringer knyttet til mangel på forståelse av hverandres tjenester. Ettersom denne utfordringen blir nevnt av to kommuner fra samme casestudie, antar vi at utfordringen kun er gjeldende for denne helseregionen.

I case 1 nevner både Karmøy og Haugesund kommune utfordringer knyttet til Haugesund Sjukehus sin mangel på forståelse av kommunenes helsetjenester. Lederen fra Haugesund kommune og koordinatoren fra Karmøy kommune hevder at Haugesund Sjukehus har manglende forståelse for hvilke helsetjenester kommunene ivaretar.

Utfordringens implikasjoner på samhandling

Sykehusets manglende forståelse for kommunenes tjenester kan føre til uenighet og mistillit. Dersom sykehuset vet hva som skjer i kommunene blir det enklere å samarbeide, sykehuset får tiltro til kommunenes kompetanse og de får oversikt over hva kommunene eventuelt trenger støtte til.

Forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering

Prossessorientering kan forbedre forståelsen og integreringen mellom kommunene og sykehuset ved at partene definerer prosessene som det samarbeides om, altså kryssfunksjonelle prosesser. Dette kan gjøres ved å implementere koordinerende tiltak som felles standardiserte pasientforløp på tvers av tjenestene. Partene vil da få oversikt over de ulike prosessene knyttet til pasientforløp som det samhandles om, samt få beskrivelser av ansvarsområdene og aktivitetene knyttet til behandlingen (Gammel et al., 2008; Vos et al., 2008).

Implementeringen av felles pasientforløp vil medføre at partene ser på behandlingen av pasienten som en del av én behandlingsprosess, og dermed også øker forståelsen for hvilke tjenester den andre parten ivaretar (Vos et al., 2008).

5.1.4 Utfordring 4: Mangel på styring fra staten

Tabell 6 viser at totalt fire kommuner og et sykehus nevner utfordringer knyttet til mangel på styring fra staten. Ettersom denne utfordringen nevnes av kommuner fra tre forskjellige casestudier, antar vi at denne utfordringen også kan gjelde for flere norske kommuner. Ettersom det bare er et sykehus som nevner denne samhandlingsutfordringen, antar vi at denne utfordringen bare gjelder for dette sykehuset.

Et eksempel på denne utfordringen er fra case 1, hvor koordinatoren fra Karmøy kommune sier at staten skyver ansvaret for den praktiske gjennomføringen av samhandlingen over på kommunene og sykehuset. Et annet eksempel er fra case 2, hvor koordinatoren fra SSHF Kristiansand mener at føringene som staten har lagt for samhandlingen har for lite styring. Et tredje eksempel er fra case 4, hvor lederen fra Spydeberg kommune sier at enkelte ansvarsområder mellom kommunen og sykehuset enda ikke er avklart av staten.

Utfordringens implikasjoner

Ansvarsforskyvning og mangel på styring fra staten kan medføre at sykehus og kommuner tolker den praktiske gjennomføringen av samhandlingen forskjellig. Uavklarte ansvarsområder kan føre til usikkerhet og uenighet om hvem av partene som har ansvaret for pasienten. Konsekvensene av dette kan føre til dårligere kvalitet på pasientbehandlingen.

Forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering

Denne utfordringen kan først og fremst løses ved at staten tar mer styring og legger klarere rammer for hvordan samhandlingen skal fungere mellom sykehus og kommuner.

Prosesorientering kan gi økt styring ved at staten innfører prosessmål, altså mål som skal vurdere effektiviteten og kvaliteten på samhandlingen mellom sykehus og kommune. Dette bidrar til et kontinuerlig forbedringsarbeid med samhandlingen mellom sykehus og kommune (Tang et al., 2013).

Prosesorientering kan også bidra til å eliminere både tolkningsmuligheter og uavklarte ansvarsområder knyttet til samhandlingen. Dette kan gjøres ved at sykehus og kommuner kartlegger og definerer kryssfunksjonelle prosesser, altså prosesser som det samhandles om (Kohlbacher & Reijers, 2013).

For å få oversikt over hvem som har ansvaret for pasienten bør partene implementere standardiserte pasientforløp. Dette vil gi alle som er involvert i behandlingen oversikt over de ulike prosedyrene og ansvarsområdene som er knyttet til diagnostisering og behandling (Vos et al., 2011). Standardisere pasientforløpet vil redusere kompleksiteten i planleggingen av behandlingen som gis, og det vil gjøre det lettere å gi opplæring til ansatte når ansvarsområdene er klare, dette vil føre til en større tilfredshet blant de ansatte på kommunen og sykehuset (Kohlbacher, 2009; Vos et al., 2008).

5.1.5 Utfordring 5: Mangel på ressurser

Tabell 6 viser at totalt seks kommuner og samtlige sykehus nevner utfordringer knyttet til mangel på ressurser. Ettersom denne utfordringen blir nevnt av flere sykehus og kommuner i samtlige casestudier, antar vi at denne utfordringen gjelder for de fleste norske sykehus og kommuner.

Et eksempel på denne utfordringen er fra case 2, hvor rådgiveren ved Kristiansand kommune hevder kommunen opplever at sykehuset forsøker å legge flere oppgaver til kommunen uten at de mottar mer ressurser fra staten. Et annet eksempel er fra case 3, hvor lederen fra Lillesand kommune mener de ikke mottar nok penger fra staten til å utvikle tjenestetilbudet. Et tredje eksempel er fra case 4, hvor konsulenten ved Fredrikstad kommune mener de har problemer til å bygge opp gode tjenester i kommunen fordi de sliter med å utdanne personell som kan ta over tjenestene fra sykehuset.

Utfordringens mulige implikasjoner på samhandling

Mangel på ressurser kan føre til utfordringer knyttet til den praktiske samhandlingen mellom partene. Når kommunen skal overta nye oppgaver fra sykehuset bør det være naturlig at ressursene følger med, og det bør øremerkes ressurser til samhandlingen.

Forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering

Denne utfordringen kan først og fremst løses ved at staten gjennomfører grundige vurderinger av kostnader knyttet til samhandlingen, og deretter gir partene de nødvendige ressursene for å samhandle. For å kunne bruke tilgjengelige ressurser på en bedre måte er det viktig at staten får oversikt over de ulike samhandlingsområdene, og hvilke områder som har størst behov for ressursene.

For å kunne finne en god løsning foreslår vi at det må tas i bruk prosessmål, det er viktig for å kunne måle hvor langt samhandlingsområdene har kommet med å rette seg etter reformen. Da vil det være mulig å måle hvor langt i arbeidet hvert samhandlingsområde har kommet og da åpner det seg muligheter for å fjerne noen ressurser fra det samhandlingsområdet og gi ressursene til et annet område som har behov for ressurser (Kohlbacher, 2010). Det er viktig å ikke fjerne for mange ressurser fra et område, for da kan det være at den oppnådde effektiviteten og kvaliteten svekkes. Grunnen til dette er for å forbedre alle områdene av samhandlingsreformen, det er for eksempel lite poeng å ha godt samarbeid ved pasientoversendelse hvis rehabiliteringen hos kommunen er dårlig.

5.1.6 Utfordring 6: Mangel på tillit

Tabell 6 viser at totalt tre kommuner og samtlige sykehus nevner utfordringer knyttet til mangel på tillit. Ettersom det bare er tre kommuner fra to casestudier som nevner denne utfordringen, antar vi at denne utfordringen ikke er særlig utbredt blant andre norske kommuner. Derimot nevnes denne utfordringen av samtlige sykehus, noe som gjør at vi antar flere norske sykehus har mistillit til kommunene.

Et eksempel på denne utfordringen er fra case 1, hvor koordinatoren fra Haugesund Sjukehus nevner at sykehuset i enkelte tilfeller unnlater å overføre pasienten til kommunene fordi de mener at tilbudet er uforsvarlig. Et annet eksempel er også fra case 1, hvor lederen fra Haugesund kommune sier at de opplever at Haugesund Sjukehus tildeler tjenester på vegne av kommunen. Lederen sier at kommunen ønsker å vurdere pasientene selv, og mener sykehuset bør respektere deres vurdering. Et annet eksempel er fra case 3, hvor lederen fra Grimstad kommune hevder at ansatte i SSHF Arendal noen ganger gir uttrykk for at ansatte i kommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse innenfor områder som kommunen faktisk har god kompetanse. De ansatte i sykehuset tror ikke at kommunene greier oppgavene.

Utfordringenes implikasjoner på samhandling

Alle eksemplene overfor viser holdninger fra sykehusene som er med på å skape mistillit i kommunene. Mistillit kan skape uenighet og konflikter mellom partene.

Forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering

Prossessorientering kan forbedre tilliten ved at alle prosessene som partene samarbeider om blir definert (Tang et al., 2013). Dette kan for eksempel være prosessene knyttet til utskrivningsklare pasienter. Definerte prosesser gir oversikt over alle ansvarsområdene og

arbeidsoppgavene til både kommunene og sykehus, og partene får forståelse for hverandres tjenester (Vos et al., 2008). Økt forståelse av hverandres tjenester kan føre til økt tillit.

5.1.7 Utfordring 7: Samarbeidsavtalene

Tabell 6 viser at totalt fem kommuner og et sykehus har utfordringer knyttet til samarbeidsavtalene. Ettersom kommuner fra samtlige case nevner denne utfordringen, antar vi at dette er en utfordring som oppleves av de fleste norske kommuner. Ettersom ingen sykehus nevner denne utfordringen antar vi at sykehus ikke opplever utfordringer med samarbeidsavtalen, og at de av den grunn stort sett er fornøyde med avtalenes innhold.

Et eksempel på denne utfordringen er fra case 1, hvor lederen fra Haugesund kommune hevder at samarbeidsavtalene er gode, men at kommunen og sykehuset har forskjellig forståelse av avtalene og oppgavene. Et annet eksempel er fra case 4, hvor spesialkonsulenten fra Fredrikstad kommune hever at lederne ved Østfold sykehus har dårligere kjennskap til avtalene enn lederne i kommunen.

Utfordringens implikasjoner på samhandling

Forskjellig forståelse av avtalene kan føre til uenighet og konflikter mellom partene, mens dårlig kjennskap til avtalene kan føre til uklarhet, redundante arbeidsoppgaver og økt ventetid for pasientene.

Forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering

Det står ikke beskrevet noe om samarbeidsavtaler i litteraturen vi har anskaffet om prosessorientering, men vi mener likevel at prosessorientering kan bidra til å øke kjennskapen og forståelsen for hvordan partene skal samhandle. Dette kan oppnås ved at partene kartlegger og definerer alle prosesser som det samhandles om, altså de kryssfunksjonelle prosessene. Deretter må ansvarsområdene og arbeidsoppgavene til begge partene beskrives (Gammel et al., 2008; Vos et al., 2008). Ved å definere kryssfunksjonelle prosesser vil begge partene få lik forståelse og kjennskap til oppgavene (Kohlbacher & Reijers, 2013).

5.1.8 Utfordring 8: Ujevnt styrkeforhold mellom partene

Tabellen 6 viser at totalt fire kommuner nevner utfordringer knyttet til ujevnt styrkeforhold mellom partene. Ettersom denne utfordringen kun blir nevnt av kommuner, og ingen sykehus, antar vi det bare er kommuner som opplever denne utfordringen.

Et eksempel på denne utfordringen er fra case 1, hvor koordinator fra Karmøy kommune mener at kommunen og sykehuset foreløpig ikke er likeverdige parter i samhandlingen. Koordinator mener at sykehuset gir ordre til kommunen i forhold til hvordan de skal håndtere

deres «bestilling» av tjenester i kommunen. Et annet eksempel er fra case 3, hvor lederen fra Grimstad kommune mener at styrkeforholdet mellom partene er ujevnt, og at SSHF Arendal bestiller tjenester i kommunen.

Utfordringens implikasjoner på samhandling

Ujevnt styrkeforhold mellom kommunene og sykehuset kan føre til uenighet og konflikter mellom partene.

Forbedringstiltak ved bruk av prosessorientering

Ujevne styrkeforhold mellom parter som samhandler nevnes ikke litteraturen som vi har funnet om prosessorientering. Vi mener likevel at prosessorientering kan bidra til å jevne ut styrkeforholdet mellom sykehus og kommuner. For å få dette til er det først og fremst nødvendig at prosesstilnærmingen forankres i ledelsen hvor prosessene i organisasjonen skal defineres. I dette tilfellet er det samhandlingsområder som skal defineres av staten (Kohlbacher, 2010). Alle rammene og ansvarsområdene rundt samhandlingen må defineres slik at ingen av partene blir overstyrt.

Vi mener også at prosessorientering kan eliminere konfliktene som kan oppstå som følge av ujevn styrkeforhold mellom partene. Dette kan gjøres ved å øke den kryssfunksjonelle tankegangen for ansatte hos begge parter. Dette vil føre til at ansvarsområder på tvers av enhetene vil være kjent for ansatte både i sykehuset og kommunen. En kryssfunksjonell tankegang vil også føre til at partene jobber tettere sammen enn hva som er vanlig i funksjonelle organisasjoner (Kohlbacher & Reijers, 2013; Tang et al., 2013). Vi mener at ved å jobbe tettere sammen og ha et fullstendig overblikk av hverandres ansvarsområder vil forbedre integreringen og kommunikasjonen i samhandlingen mellom sykehus og kommune (Gammel et al., 2008; Vos et al., 2008).

5.1.9 Praktiske implikasjoner

For å undersøke om vi har avdekket noen nye samhandlingsutfordringer har vi valgt å gjøre en sammenligning med utfordringene som vi avdekket i Helsedirektoratets statusrapport på samhandlingsreformen (2014). Ved å sammenligne tabell 1 og tabell 6 fant vi ut at vi har avdekket totalt fire nye utfordringer som sykehus og kommuner opplever med samhandlingen. Disse utfordringene blir presentert i tabellen under.

Nr.	Utfordringer:
1	Mangel på forståelse av hverandres tjenester
2	Mangel på styring fra staten
3	Mangel på tillit
4	Ujevnt styrkeforhold mellom partene

Tabell 7: Praktiske implikasjoner

5.2 Forutsetninger for samhandling

Vi har valgt å fokusere på forutsetninger fordi vi ønsker å undersøke om prosessorientering kan bidra til å imøtekomme de ulike forutsetningene som blir nevnt i casestudiene. For å analysere de ulike forutsetningene vi har avdekket i casebeskrivelsene vil vi anvende litteraturen om prosessorientering som er beskrevet i litteraturgjennomgangen.

Vi har samlet sammen alle forutsetningene som vi har avdekket fra samtlige casestudier, gruppert dem og satt dem inn i tabellen under. Totalt har vi avdekket ni forskjellige forutsetninger som sykehus og kommuner mener er viktige for samhandlingen.

Nr.	Forutsetninger:	Sykehus:	Kommuner:
1	Bedre styring fra staten	SSHF Kristiansand	
2	Felles forståelse/kultur	Haugesund Sjukehus, SSHF Kristiansand, SSHF Arendal	Karmøy, Haugesund, Kristiansand, Søgne, Grimstad, Lillesand, Fredrikstad, Spydeberg
3	God kommunikasjon	Haugesund Sjukehus	Haugesund, Kristiansand, Spydeberg
4	Likeverdige parter		Karmøy, Haugesund, Kristiansand, Grimstad, Fredrikstad
5	Pasientfokus	Sykehuset Østfold	
6	Samarbeidsavtaler	Sykehuset Østfold	
7	Samhandlingsarenaer	Haugesund Sjukehus, SSHF Kristiansand, SSHF Arendal, Sykehuset Østfold	
8	Teknologi		Kristiansand, Grimstad
9	Tilstrekkelige ressurser		Søgne, Lillesand

Tabell 8: Forutsetninger i sykehus og kommuner

I de kommende avsnittene vil vi analysere og diskutere hvordan prosessorientering kan brukes for å imøtekomme de ulike forutsetningene vi har avdekket i casestudiene. Vi vil starte med å presentere noen eksempler på forutsetninger som nevnes i casestudiene, og deretter vil vi beskrive hvordan prosessorientering kan bidra til å imøtekomme de ulike forutsetningene.

Bedre styring fra staten

I case 2 nevnes bedre styring fra staten som en forutsetning for samhandling. Koordinatoren fra SSHF Kristiansand mener at det er viktig at staten tar en mer aktiv rolle i samhandlingen, og at de bevilger tilstrekkelige ressurser.

Vi mener at prosessorientering kan bidra til at staten kan styre samhandlingen bedre. Vi har beskrevet forbedringstiltak med prosessorientering for å få økt styring i delkapittel 5.1.4.

Felles forståelse/kultur

I alle fire casestudiene nevnes felles forståelse/kultur som en forutsetning for samhandling. Et eksempel på dette er fra case 1, hvor koordinatoren fra Haugesund Sjukehus mener at det er viktig at partene forstår hverandres utfordringer i samhandlingen og at de bygger felles kultur. Et annet eksempel er fra case 4, hvor lederen ved Spydeberg kommune mener at det bør arrangeres temadager for ansatte både i kommunen og sykehuset, der samarbeidsavtaler, ansvarsområder og arbeidsoppgaver gjennomgås og gjøres kjent for de ansatte.

Vi mener at prosessorientering kan bidra til å skape en felles forståelse/kultur mellom partene. Vi har beskrevet forbedringstiltak med prosessorientering for å øke forståelse og integrering i delkapittel 5.1.3.

God kommunikasjon

Både i case 1, 3 og 4 nevnes god kommunikasjon som en forutsetning for samhandling. Et eksempel på dette er fra case 2, hvor rådgiveren fra Kristiansand kommune mener at det er viktig at partene er i dialoger heler veien, og at det skapes gode relasjoner slik at det er enkelt å ta kontakt med hverandre. Et annet eksempel er fra case 4, hvor lederen fra Spydeberg kommune mener at god kommunikasjon mellom partene er viktig dersom partene skal kunne samhandle.

Vi mener at prosessorientering kan bidra til å skape god kommunikasjon mellom partene. Vi har beskrevet forbedringstiltak med prosessorientering for å bedre kommunikasjonen mellom partene i delkapittel 5.1.1.

Likeverdighet

I alle fire casestudiene nevnes likeverdighet som en forutsetning for samhandling. Et eksempel på dette er fra case 1, hvor koordinatoren fra Karmøy kommune mener at likeverdighet mellom partene er viktig for at de i fellesskap skal kunne diskutere og utvikle gode løsninger for pasienten. Et annet eksempel er fra case 3, hvor lederen fra Grimstad kommune mener at det er viktig at partene i samhandlingen har respekt for hverandre og ser på hverandre som likeverdige parter.

Vi mener at prosessorientering kan bidra til å skape likeverdighet mellom partene. Vi har beskrevet forbedringstiltak med prosessorientering for å jevne ut styrkeforholdet mellom partene i delkapittel 5.1.8.

Pasientfokus

I case 4 nevnes pasientfokus som en forutsetning for samhandling. Lederen fra Sykehuset Østfold mener at et felles fokus på behandlingen av pasienten skaper et godt samhandlingsgrunnlag mellom partene.

Vi mener at prosessorientering kan bidra til å øke fokuset på pasienten ved at partene implementerer felles standardiserte pasientforløp på tvers av enhetene. Pasientforløpene skal ha beskrivelser av ansvarsområdene og aktivitetene som skal gjøres i forløpet. Ansatte i både kommuner og sykehus vil til enhver tid ha oversikt over hele behandlingen, noe som vil føre til økt fokus på pasienten. Vi mener også at prosessorientering kan bidra til å forbedre fokuset på pasientene ved å forbedre kommunikasjonsflyten i samhandlingen. Det gjøres ved at de ansatte hos sykehuset og kommunen har en lavere terskel for å kommunisere med hverandre, slik at partene er alltid oppdaterte på hva som foregår (Gammel et al., 2008). Det betyr at arbeidet i samhandlingen går mer effektivt og eventuelle flaskehalser vil fjernes, og det vil hjelpe til for at fokuset til de ansatte er på pasientene hele tiden (Gammel et al., 2008; Vos et al., 2008; Kohlbacher & Reijers, 2013).

Samarbeidsavtaler

I case 4 nevnes samarbeidsavtaler som en forutsetning for samhandling. Lederen fra Sykehuset Østfold mener at overordnede, formaliserte og bindende avtaler mellom partene er viktig for å få til en god samhandling.

Selv om det ikke står beskrevet noe om samarbeidsavtaler i litteraturen vi har anskaffet om prosessorientering, mener vi likevel at prosessorientering kan bidra til å øke kjennskapen og

forståelsen for hvordan partene skal samhandle. Vi har beskrevet forbedringstiltak med prosessorientering for at partene skal få lik forståelse og kjennskap til oppgavene det skal samhandles om i delkapittel 5.1.7.

Samhandlingsarenaer

I alle fire casestudiene nevnes samhandlingsarenaer som en forutsetning for samhandling. Et eksempel på dette er fra case 1, hvor koordinatoren fra Haugesund Sjukehus mener at samhandlingsarenaer er viktige for å bygge en felles kulturforståelse mellom sykehuset og kommunene. Et annet eksempel er fra case 2, hvor både koordinatoren og lederen fra SSHF Kristiansand mener at samhandlingsarenaer vil bidra til at partene forstår hverandre bedre.

Det står ikke beskrevet noe om samhandlingsarenaer i den teorien om prosessorientering vi har anskaffet. Vi mener likevel at samhandlingsarenaer stemmer bra overens med en prosessorientert tankegang, ettersom det er avgjørende å ha forståelse for alle deler i en prosess for å kunne kalles prosessorientert.

Vi mener at samhandlingsarenaene vil gjøre det lettere for sykehus og kommuner å være prosessorientert ved at de har kunnskap og forståelse for hverandres ansvarsområder. Vi mener også at samhandlingsarenaene vil føre til bedre integrering mellom sykehus og kommuner ved at partene får økt forståelse av hverandre. Bedre integrering fra et prosessperspektiv vil være at de ansatte på sykehuset og kommunen vil jobbe sammen for å nå et felles mål, som i dette tilfellet er samhandlingsreformens målsettinger (Vos et al., 2008).

Teknologi

Både i case 2 og 3 nevnes teknologi som en forutsetning for samhandling. I case 2 mener rådgiveren fra Kristiansand kommune at teknologi kan gi muligheter for standardisering av oppgaver og bedre kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset. I case 3 mener lederen fra Grimstad kommune at teknologiske verktøy som E-link bidrar til å gjøre samhandlingen lettere.

Vi mener at prosessorientering kan bidra til at partene bruker teknologi på en mer effektiv måte. Vi har beskrevet forbedringstiltak med prosessorientering for at partene skal anvende teknologi på en bedre måte i delkapittel 5.1.2.

6. Konklusjon

I denne masterutredningen har vi gjennom en litteraturstudie og fire casestudier undersøkt hvordan prosessorientering kan bidra til å løse samhandlingsutfordringer i norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester. Vi har intervjuet totalt 13 personer, hvor vi la hovedvekten på samhandlingsutfordringer og forutsetninger for samhandling.

Formålet med denne utredningen er å besvare følgende problemstilling: *«Hvordan kan prosessorientering bidra til å løse samhandlingsutfordringer i norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester»*.

Hvilke samhandlingsutfordringer opplever sykehus og kommuner i dag?

Vi har gjennom en rekke intervjur under avdekket totalt åtte samhandlingsutfordringer som ble nevnt av informantene fra de ulike sykehus og kommunene. Disse utfordringene er: *Dårlig kommunikasjon, forskjellige IT-systemer, mangel på forståelse av hverandres tjenester, mangel på innsats fra staten, mangel på ressurser, mangel på tillit, samarbeidsavtaler og et ujevnt styrkeforhold mellom partene.*

Hvilke forutsetninger mener sykehus og kommunene er nødvendige for samhandlingen?

Vi har gjennom en rekke intervjur under avdekket totalt ni forutsetninger som ble nevnt av informantene fra de ulike sykehus og kommunene. Disse forutsetningene er: *Bedre styring fra staten, felles forståelse/kultur, god kommunikasjon, likeverdige parter, pasientfokus, samarbeidsavtaler, samhandlingsarenaer, teknologi og tilstrekkelige ressurser.*

Hvordan kan prosessorientering bidra til å løse samhandlingsutfordringer?

Først og fremst mener vi at funnene fra vår studie viser at de ulike sykehus og kommuner i svært liten grad er prosessorienterte. Vi mener også at prosessorientering kan bidra til å løse de fleste samhandlingsutfordringene som vi har avdekket i vår studie.

Litteraturstudiet viser at prosessorientering kan bidra til å forbedre mange områder i en organisasjon. Prosessorientering kan blant annet føre til økt pasientfokus, forbedre effektiviteten i behandling av pasienter og øke integreringen på tvers av avdelinger. I tillegg kan prosessorientering bidra til økt innovasjon, økt effektivitet, forbedret finansiell ytelse og forbedret kvalitet.

Vi mener at dersom de ulike sykehus og kommunene skal oppnå disse effektene er det nødvendig at de ansatte får et *prosessyn*, som innebærer at de ansatte fokuserer på prosessene de samhandler istedenfor sitt eget isolerte arbeidsområde. Deretter må det innføres *prosesseiere* som har ansvaret for de ulike prosessene det samhandles om. Prosesseieren bør være en ansatt, enten fra sykehus eller fra kommunen, som har god erfaring med samhandling. Det må også innføres *prosessmålinger* som måler de ulike prosessenes ytelse opp mot ønskede mål. (McCormack & Johnson, 2000).

Dersom sykehus og kommuner skal bli prosessorienterte, og løse de ulike samhandlingsutfordringene, må prosessstilnærmingen først og fremst ha en forankring i ledelsen (Kohlbacher, 2010). I denne sammenhengen vil staten være ledelsen, ettersom det er staten som har lovpålagt og lagt føringer for samhandlingen. Dette innebærer at staten må legge klare føringer for hvordan samhandlingsreformen skal fungere. Det innebærer også at de må tilføre tilstrekkelige ressurser til de ulike områdene av samhandlingen for å unngå at partene har mangel på ressurser. Ressursmangel kan skape utfordringer ved oppbygging av tjenestetilbud.

Det er også nødvendig at partene definerer alle prosesser som det samhandles om, og som påvirker samhandlingen mellom sykehus og kommunene. Når en prosess blir definert skal de ulike ansvarsområdene og arbeidsoppgavene i prosessen kartlegges. Dette innebærer at alle ansatte ved de ulike sykehus og kommunene vil være kjent med sine og hverandres roller, ansvarsområder og arbeidsoppgaver i samhandlingen (Kohlbacher & Reijers, 2013).

Det er også viktig å prøve og standardisere de ulike arbeidsoppgavene. Standardiserte oppgaver forbedrer effektiviteten i samhandlingen, som igjen kan føre til at kvaliteten på pasientbehandlingen forbedres (Vos et al., 2011). Standardiserte oppgaver vil også gjøre det enklere å måle opp mot målene til samhandlingsreformen (Kohlbacher, 2010).

Vi mener også at sykehus og kommuner bør implementere koordinerende tiltak som standardiserte pasientforløp på tvers av enhetene. Pasientforløpene inneholde beskrivelser av ansvarsområder for helsepersonell både ved sykehus og kommuner som er involvert i behandlingen. Dette fører til at alle som er involverte i behandlingsprosessen har oversikt over heler behandlingsforløpet.

6.1 Begrensninger i studien

Tilgjengelig tid har vært en begrensning for denne utredningen. Hadde vi hatt mer tid kunne vi dekket et større område, og vi kunne gått mer i dybden på hvert enkelt sykehus og kommune som vi intervjuet. En annen begrensning med studiene er at det er store variasjoner i informasjonen vi har innhentet fra de ulike informantene. Noen informanter ga oss utfyllende informasjon, mens andre ga oss begrenset med informasjon. Dette har medført at enkelte beskrivelser i casestudiene er mer utfyllende enn andre. En grunn til dette kan være at mesteparten av intervjuene ble gjennomført via telefon. Hadde vi kunnet gjøre intervjuene om igjen ville vi gjennomført flere intervjuer ansikt til ansikt.

6.2 Bidrag til praksis

I denne masterutredningen har vi funnet samhandlingsutfordringer i norske sykehus og tilhørende kommunale tjenester som ikke er nevnt tidligere. Disse utfordringene er: *Mangel på forståelse av tjenester, mangel på styring fra staten, mangel på tillit og ujevnt styrkeforhold mellom partene*. Vi mener at dette er betydelig utfordringer som kan skape problemer slik at samhandlingen ikke fungerer slik det er tiltenkt i samhandlingsreformen. Det at noen av partene har mangel på forståelse for hverandres tjenester, eller at det er et ujevnt styrkeforhold mellom partene er veldig motsigende målt opp mot målene i samhandlingsreformen. Vi mener at det er nødvendig at staten, sykehus og kommuner blir klar over disse utfordringene.

6.3 Bidrag til forskningslitteraturen

Våre funn viser at prosessorientering kan benyttes for å løse samhandlingsutfordringer. Vi har med denne utredningen beskrevet ulike forbedringstiltak med prosessorientering for å løse samhandlingsutfordringer som norske sykehus og kommuner opplever. Vi mener at vår utredningen kan bidra til å hjelpe samtlige norske sykehus og kommunale helsetjenester med å løse samhandlingsutfordringer. I utredningen har vi også vist hvordan prosessorientering kan bidra til å imøtekomme de ønskede forutsetningene for samhandling som de ulike sykehus og kommunene nevner. Vi mener at samlet sett så viser denne utredningen at prosessorientering er et godt verktøy for å nå målene i samhandlingsreformen.

6.4 Anbefalinger for videre forskning

I videre forskning så anbefaler vi å teste ut tankesettet i prosessorientering i én samhandlingskontekst. Altså undersøke om de teoretiske effektene i prosessorientering vil være gjeldende i samhandlingen mellom sykehus og kommuner i andre regioner i Norge.

Vi anbefaler også å undersøke om de nye utfordringene vi oppdaget i denne masterutredningen er gjeldene for andre sykehus og kommuner. Det betyr at det må gjøres et enda bredere studie hvor det undersøkes spesifikt på mangel på forståelse av hverandres tjenester, mangel på styring fra staten, mangel på tillit og et ujevnt styrkeforhold mellom partene. Vi mener at ved å undersøke disse utfordringene så vil det bekrefte at samhandlingsreformen ikke fungerer som den var tiltenkt, spesielt fordi regjeringen er ikke klar over at disse utfordringene finnes i samhandlingen.

Til slutt anbefaler vi å skrive om teorien av prosessorientering for sykehus, altså å lage et eget rammeverk for hvordan prosessorientering vil fungere i sykehus. Under intervjurunden kom det frem at sykehus mener de er veldig forskjellige fra tradisjonelle organisasjoner. Vi mener at sykehus ikke er forskjellig fra tradisjonelle organisasjoner, dette mener vi at prosessorientering bekrefter. Det vil derfor være hensiktsmessig å lage et rammeverk for prosessorientering i sykehus, for å vise at tankegangen om prosessorientering er overførbar.

Bibliografi

- Ertnes, H. (Producer). (2013, Mai 29). Familierelaterte tjenester. *Spydeberg kommune*. Retrieved from <http://www.spydeberg.kommune.no/familierelaterte-tjenester.252647.no.html>
- Falholm, Y., & Jansson, A. (2008, Jul-Sep). The implementation of process orientation at a Swedish hospital. *Int J Health Plann Manage*. 2007/07/13. from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.884/pdf>
- Fredrikstad kommune (Producer). (2014, Januar 10). Helse. *Fredrikstad kommune*. Retrieved from <https://www.fredrikstad.kommune.no/no/Tjenester/Helse/>
- Gemmel, P., Vandaele, D., & Tambeur, W. (2008, 2008/12/01). Hospital Process Orientation (HPO): The development of a measurement tool. *Total Quality Management & Business Excellence*. from <http://dx.doi.org/10.1080/14783360802351488>
- Gonçalves, P., Hagenbeek, M., & Vissers, J. (2013, 2013/11/13). Hospital process orientation from an operations management perspective: development of a measurement tool and practical testing in three ophthalmic practices. *BMC Health Services Research*. from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/475>
- Grimstad kommune (Producer). (2014, November 19). Helse, omsorg og sosial. *Grimstad kommune*. Retrieved from <http://www.grimstad.kommune.no/Tjenester/Helse--omsorg-og-sosial/>
- Hammer, M. (2007). The process audit. *Harv Bus Rev*, 85(4), 111 - 121.
- Helse Fonna (Producer). (2015a, August 14). Om helseføretaket. *Helse Fonna*. Retrieved from <http://helse-fonna.no/no/OmOss/Sider/Om-helsef%C3%B8retaket.aspx>
- Helse Fonna. (2015b). Overordna samarbeidsavtale mellom Haugesund kommune og Helse Fonna. from <http://helse-fonna.no/no/FagOgSamarbeid/Samhandling/Samarbeidsavtalar/Haugesund%20kommune/Overordna%20samarbeidsavtale.pdf>
- Helse Fonna. (2015c). Overordnasamarbeidsavtale mellom Karmøy kommune og Helse Fonna. from <http://helse-fonna.no/no/FagOgSamarbeid/Samhandling/Samarbeidsavtalar/Karm%C3%B8y%20kommune/Overordna%20samarbeidsavtale.pdf>
- Helse Fonna (Producer). (2015d, 05 14). Samhandling. *Helse Fonna*. Retrieved from <http://www.helse-fonna.no/no/FagOgSamarbeid/Samhandling/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2014). Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet juni 2014 from <http://www.ks.no/PageFiles/65804/Status%20for%20samhandlingsreformen%202014.pdf?epslanguage=no>
- Hung, R. Y.-Y. (2006). Business process management as competitive advantage: a review and empirical study. *Total Quality Management & Business Excellence*, 17(1), 21-40.
- Jahren, E. (Producer). (2014, January 8). Informasjon om Karmøy - på norsk. *Karmøy kommune*. Retrieved from <https://www.karmoy.kommune.no/no/om-about-karmoy/informasjon-om-karmoy-pa-norsk>
- Karmøy kommune (Producer). (2013, Juli 29). Helsetjenester. *Karmøy Kommune*. Retrieved from <https://www.karmoy.kommune.no/no/tema/helse/helsetjenester>
- Knoff, G. (Producer). (2013, Mai 31). Grinitun pleie og omsorg. *Spydeberg kommune*. Retrieved from <http://www.spydeberg.kommune.no/pleie-og-omsorg.250178.no.html>
- Kohlbacher. (2009, 26-27 Sept. 2009). *The perceived effects of business process management*. Paper presented at the Science and Technology for Humanity (TIC-STH), 2009 IEEE Toronto International Conference.
- Kohlbacher. (2010). The effects of process orientation: a literature review. *Emerald Insight*. from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14637151011017985>

- Kohlbacher, & Gruenwald, S. (2011). Process orientation: conceptualization and measurement. *Business Process Management Journal*. Retrieved 2, 17, from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14637151111122347>
- Kohlbacher, & Reijers, H. A. (2013). The effects of process-oriented organizational design on firm performance. *Business Process Management Journal*. Retrieved 2, 19, from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14637151311308303>
- Küng, P., & Hagen, C. (2007). The fruits of Business Process Management: an experience report from a Swiss bank. *Business Process Management Journal*. Retrieved 4, 13, from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14637150710763522>
- Lande Hasle, A. K., & Øgar, P. (2011, Desember 21). Informasjon om gjennomføringen av samhandlingsreformen. *Regjeringen*. from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/informasjon-om-gjennomforingen-av-samhan/id667775/>
- Lillesand kommune (Producer). (2014, November 26). Helse. *Lillesand kommune*. Retrieved from <http://www.lillesand.kommune.no/ressurser/TMCore/Temaord/Helse/>
- Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry* / Yvonna S. Lincoln, Egon G. Guba. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.
- Lockamy, A., & McCormack, K. (2004). The development of a supply chain management process maturity model using the concepts of business process orientation. *Supply Chain Management: An International Journal*. from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13598540410550019>
- McCormack, K. P., & Johnson, W. C. (2000). Business Process Orientation: Gaining the E-Business Competitive Advantage. from http://books.google.co.uk/books?hl=en&lr=&id=TUrbD2c2A0wC&oi=fnd&pg=PA1&dq=mcormack+and+johnson+2001&ots=rY3a1QnRhs&sig=4djiV9hkA_dq3DZE-MdXKIARkKY#v=onepage&q=mcormack%20and%20johnson%202001&f=false
- Myers. (2013). Qualitative Research in Business and Management. from http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=XZARAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&dq=Myers,+M.D.+Qualitative+Research+in+Business+%26+Management.+Sage+Publications,+London,+2013.+Second+edition.&ots=C9KKqk0f3b&sig=5D7BBcH0gUftyYbkamvmpWN73fc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=fa
- Nilsen, J. E. (Producer). (2012, Mai 19). Grimstad - kommune i Aust-Agder. *Store norske leksikon*. Retrieved from https://snl.no/Grimstad%2Fkommune_i_Aust-Agder
- Oates, B. (2006). *Researching Information Systems and Computing* London: SAGE Publications.
- Pedersen, I. (Producer). (2011, Desember 21). Helse og omsorg. *Haugesund kommune*. Retrieved from <http://www.haugesund.kommune.no/organisasjon/helse-og-omsorg>
- Pedersen, I. (Producer). (2013, Mai 28). Informasjon om Haugesund kommune. *Haugesund kommune*. Retrieved from <http://www.haugesund.kommune.no/om-kommunen>
- Regjeringen. (2009). Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Regjeringen. (2011, Januar 18). Utfordringer. *Fremtidens helsetjeneste*. from <http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/utfordringer/detalj/>
- Regjeringen. (2012, April 30). Samhandlingsreformen. *Regjeringen*. from <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/id680424/>

- Reijers, H. A. (2006). Implementing BPM systems: the role of process orientation. *Business Process Management Journal*. from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14637150610678041>
- Škrinjar, Bosilj-Vukšić, V., & Indihar-Štemberger, M. (2008). The impact of business process orientation on financial and non-financial performance. *Business Process Management Journal*. from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14637150810903084>
- Škrinjar, Vukšić, V., & Štemberger, M. (2010). Adoption of Business Process Orientation Practices: Slovenian and Croatian Survey. *Business Systems Research*. from <http://www.degruyter.com/view/j/bsrj.2010.1.issue-1-2/v10305-012-0022-0/v10305-012-0022-0.xml>
- Smith-Meyer, T. (Producer). (2015, Mars 11). Lillesand. *Store norske leksikon*. Retrieved from <https://snl.no/Lillesand>
- Søgne kommune (Producer). (2014, Juli 18). Enhet for helsetjenester. *Søgne kommune*. Retrieved from <http://www.sogne.kommune.no/Organisasjon1/sektor-for-helse-og-omsorg/Enhet-for-helsetjenester/>
- Sørlandet Sykehus (Producer). (2014, Oktober 14). <http://www.sshf.no/om-oss>. *Sørlandet sykehus*. Retrieved from <http://www.sshf.no/om-oss>
- Sørlandet Sykehus HF. (2015a). Overordnet samarbeidsavtale mellom Sørlandets sykehus HF og Arendal kommune. from [http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/arendal/Documents/Signert%20overordnet%20samarbeidsavtale%20\(OSA\)%20mellom%20SSHf%20og%20Arendal%20kommune.pdf](http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/arendal/Documents/Signert%20overordnet%20samarbeidsavtale%20(OSA)%20mellom%20SSHf%20og%20Arendal%20kommune.pdf)
- Sørlandet Sykehus HF. (2015b). Overordnet samarbeidsavtale mellom Sørlandets sykehus HF og Grimstad kommune. from [http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/grimstad/Documents/Signert%20overordnet%20samarbeidsavtale%20\(OSA\)%20mellom%20SSHf%20og%20Grimstad%20kommune.pdf](http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/grimstad/Documents/Signert%20overordnet%20samarbeidsavtale%20(OSA)%20mellom%20SSHf%20og%20Grimstad%20kommune.pdf)
- Sørlandet Sykehus HF. (2015c). Overordnet samarbeidsavtale mellom Sørlandets sykehus HF og Kristiansand kommune. from <http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/kristiansand/Documents/Signert%20overordnet%20samarbeidsavtale%20mellom%20SSHf%20og%20Kristiansand%20kommune.pdf>
- Sørlandet Sykehus HF. (2015d). Overordnet samarbeidsavtale mellom Sørlandets sykehus HF og Søgne kommune. from [http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/sogne/Documents/Signert%20overordnet%20samarbeidsavtale%20\(OSA\)%20mellom%20SSHf%20og%20S%C3%B8gne%20kommune%20304780_1_1.pdf](http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/sogne/Documents/Signert%20overordnet%20samarbeidsavtale%20(OSA)%20mellom%20SSHf%20og%20S%C3%B8gne%20kommune%20304780_1_1.pdf)
- Stortinget. (2015, Mai 16). Sammendrag av St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Stortinget*. from <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2009-2010/inns-200910-212/1/>
- Sykehuset Østfold (Producer). (2014, Juni 26). Om helseforetaket. *Sykehuset Østfold*. Retrieved from <http://www.sykehuset-ostfold.no/om-oss/om-helseforetaket>
- Sykehuset Østfold (Producer). (2015a, Mars 16). Om oss. *Sykehuset Østfold*. Retrieved from <http://www.sykehuset-ostfold.no/om-oss>
- Sykehuset Østfold. (2015b). Overordnet samarbeidsavtale. from <http://ek.sshf.no/docs/pub/dok13964.pdf>
- Sykehuset Østfold (Producer). (2015c, April 29). Samhandling med kommuehelsetjenesten. *Sykehuset Østfold*. Retrieved from <http://www.sykehuset->

- ostfold.no/fagfolk/samhandling/samhandling-kommunehelsetjenesten/Sider/side.aspx
- Tang, J., Pee, L. G., & Iijima, J. (2013). Investigating the effects of business process orientation on organizational innovation performance. *Inf. Manage.*, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378720613000748>
- Thomas, D. (2003, August). A general inductive approach for qualitative data analysis. from <http://www.frankumstein.com/PDF/Psychology/Inductive%20Content%20Analysis.pdf>
- Thorsnæs, G. (Producer). (2013, Mai 27). Søgne. *Store norske leksikon*. Retrieved from <https://snl.no/S%C3%B8gne>
- Thorsnæs, G. (Producer). (2014, August 30). Fredrikstad. *Store norske leksikon*. Retrieved from <https://snl.no/Fredrikstad>
- Thorsnæs, G. (Producer). (2015, Mars 18). Spydeberg. *Store norske leksikon*. Retrieved from <https://snl.no/Spydeberg>
- Tybakken (Producer). (2015, April 15). Mulighetenes Kristiansand. *Kristiansand kommune*. Retrieved from <https://www.kristiansand.kommune.no/politikk-og-administrasjon/om-kristiansand/om-kristiansand/>
- Universitetet i Agder. (2015). Masteroppgave i informasjonssystemer IS-501. from <http://www.uia.no/studieplaner/topic/IS-501-1>
- Vera, A., & Kuntz, L. (2007). Process-based organization design and hospital efficiency. *Health Care Management Review*. from http://journals.lww.com/hcmrjournal/Fulltext/2007/01000/Process_based_organization_design_and_hospital.8.aspx
- Vos, Chalmers, S. E., Duckers, M. L., Groenewegen, P. P., Wagner, C., & van Merode, G. G. (2011). Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: a literature review. *Implement Sci*. 2011/01/21. from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-6-8.pdf>
- Vos, van Oostenbrugge, R., Limburg, M., van Merode, G., & Groothuis, S. (2008). How to implement process-oriented care. *Accreditation and Quality Assurance*. from <http://dx.doi.org/10.1007/s00769-008-0436-0>
- Walsham, G. (1995). Interpretive case studies in IS research: Nature and method. *European Journal of Information Systems*, 74-81.
- Willaert, P., Van den Bergh, J., Willems, J., & Deschoolmeester, D. (2007, 2007/01/01). The Process-Oriented Organisation: A Holistic View Developing a Framework for Business Process Orientation Maturity. *Business Process Management*. from http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-75183-0_1
- Yin. (2003). Case Study Research - Design and Methods. *SAGE Publications*. Volume 5. Retrieved Applied Social Research Methods Series, from <http://faculty.washington.edu/swhiting/pols502/Yin.pdf>
- Yin. (2004, 20 Januar). Case Study Methods. *COSMOS Corporation*. from <http://www.cosmoscorp.com/Docs/AERAdraft.pdf>
- Yin. (2008). Case Study Research: Design and Methods (Applied Social Research Methods). from http://cemusstudent.se/wp-content/uploads/2012/02/YIN_K_ROBERT-1.pdf

Vedlegg

Tabeller brukt i dokumentanalysen

Region Vest

1	Haugesund Sykehus og Karmøy kommune	Semje om helse- og omsorgsoppgåver partane har ansvar for og tiltak partane skal utføre
2	Haugesund Sykehus og Karmøy kommune	Ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta
3	Haugesund Sykehus og Karmøy kommune	Samarbeid om IKT-løysingar lokalt
4	Haugesund Sykehus og Karmøy kommune	Overordna samarbeidsavtale
5	Haugesund Sykehus og Haugesund kommune	Semje om helse- og omsorgsoppgåver partane har ansvar for og tiltak partane skal utføre
6	Haugesund Sykehus og Haugesund kommune	Ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta
7	Haugesund Sykehus og Haugesund kommune	Samarbeid om IKT-løysingar lokalt
8	Haugesund Sykehus og Haugesund kommune	Overordna samarbeidsavtale

Tabell 9: Region Vest

Region Sør 1

1	Sørlandet Sykehus Kristiansand og Kristiansand kommune	Signert delavtale om oppgave og ansvarsfordeling
2	Sørlandet Sykehus Kristiansand og Kristiansand kommune	Signert delavtale om utskrivningsklare pasienter
3	Sørlandet Sykehus Kristiansand og Kristiansand kommune	Signert delavtale om samarbeid om IKT-løsninger
4	Sørlandet Sykehus Kristiansand og Kristiansand kommune	Signert overordnet samarbeidsavtale
5	Sørlandet Sykehus Kristiansand og Søgne Kommune	Signert delavtale om oppgave og ansvarsfordeling

6	Sørlandet Sykehus Kristiansand og Søgne Kommune	Signert delavtale om utskrivningsklare pasienter
7	Sørlandet Sykehus Kristiansand og Søgne Kommune	Signert delavtale om samarbeid om IKT-løsninger
8	Sørlandet Sykehus Kristiansand og Søgne Kommune	Signert overordnet samarbeidsavtale

Tabell 10: Region Sør 1

Region Sør 2

1	Sørlandet Sykehus Arendal og Lillesand kommune	Signert delavtale om oppgave og ansvarsfordeling
2	Sørlandet Sykehus Arendal og Lillesand kommune	Signert delavtale om utskrivningsklare pasienter
3	Sørlandet Sykehus Arendal og Lillesand kommune	Signert delavtale om samarbeid om IKT-løsninger
4	Sørlandet Sykehus Arendal og Lillesand kommune	Signert overordnet samarbeidsavtale
5	Sørlandet Sykehus Arendal og Grimstad kommune	Signert delavtale om oppgave og ansvarsfordeling
6	Sørlandet Sykehus Arendal og Grimstad kommune	Signert delavtale om utskrivningsklare pasienter
7	Sørlandet Sykehus Arendal og Grimstad kommune	Signert delavtale om samarbeid om IKT-løsninger
8	Sørlandet Sykehus Arendal og Grimstad kommune	Signert overordnet samarbeidsavtale

Tabell 11: Region Sør 2

Region Øst

1	Sykehuset Østfold og Fredrikstad kommune	Signert delavtale om oppgave og ansvarsfordeling
2	Sykehuset Østfold og Fredrikstad kommune	Signert delavtale om utskrivningsklare pasienter
3	Sykehuset Østfold og Fredrikstad kommune	Signert delavtale om samarbeid om IKT-løsninger
4	Sykehuset Østfold og Fredrikstad kommune	Signert overordnet samarbeidsavtale
5	Sykehuset Østfold og Spydeberg kommune	Signert delavtale om oppgave og ansvarsfordeling
6	Sykehuset Østfold og Spydeberg kommune	Signert delavtale om utskrivningsklare pasienter
7	Sykehuset Østfold og Spydeberg kommune	Signert delavtale om samarbeid om IKT-løsninger
8	Sykehuset Østfold og Spydeberg kommune	Signert overordnet samarbeidsavtale

Tabell 12: Region Øst

Intervjuguide

1. Kan du starte med å fortelle kort om din stilling?
2. Hvorfor samhandler kommuner og sykehus?
3. Hvordan samhandler kommuner og sykehus i dag?
4. Hvilket IT-system bruker dere i forhold til samhandling?
5. Hvilke effekter har dere oppnådd med dagens samhandling?
6. Hvordan vurderer du kommunens evne til å samhandle?
7. Hvordan vurderer du sykehusets evne til å samhandle?
8. Hvordan vurderer du staten sin innsats? Er føringene de har lagt tydelige nok?
9. Hva mener du må til for å kunne samhandle med sykehuset? Hva er de viktigste forutsetningene?
10. Hva er de største utfordringene knyttet til samhandling med sykehuset?
11. Kan vi sende deg en e-post i ettertid dersom noe er uteglemt?